CONTRATO 238- 2025

“REALIZAR LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS QUE COMPROMETEN LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN NACIONAL – ERON A CARGO DEL INPEC Y QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN PRIORITARIA” GRUPO 1 ; REGIONAL CENTRAL”

INFORME TÉCNICO MENSUAL No. 9

DESDE 27 DE ABRIL DE 2026 HASTA 26 DE MAYO DE 2026

H.A.H CONSTRUCCIONES SAS

GRUPO: REGIONAL CENTRAL

Interventor: TOTALL INC SAS BIC

Contratante: UNIDAD DE SERVICIOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS – USPEC

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 3
2. OBJETIVOS 3
2.1. GENERAL 3
2.2. ESPECÍFICOS 3
3. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO 4
4. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO 6
5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y LEGALES 6
5.1. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS 6
5.2. ASPECTOS LEGALES 6
6. MANEJO DEL ANTICIPO 7
7. ESTADO ACTUAL DE LAS PÓLIZAS 7
8. ESTADO DEL CONTRATO Y AVANCE DE ACUERDO CON CRONOGRAMA 7
9. BALANCE PRESUPUESTAL 8
10. AVANCE FINANCIERO 9
11. GESTIÓN A ACTIVIDADES NO PREVISTAS 9
12. PRUEBAS TÉCNICAS 9
13. HORARIOS DE TRABAJO 9
14. AVANCE PRESUPUESTAL 10
15. PERSONAL VINCULADO EN EL PERIODO 10
16. ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO... 10
16.1 OBJETIVOS 10
16.2 COMPONENTE E1 – SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 10
16.2.1 EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO 11
16.2.2 INGRESO DE PERSONAL Y COBERTURA EN SEGURIDAD SOCIAL 11
16.2.3 ACTIVIDADES DE INDUCCION 11
16.2.4 ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP 11
16.2.5 CHARLAS DIARIAS DE SEGURIDAD Y CAPACITACIONES 12
16.2.6 CONTROL DIARIO DE PERSONAL EN OBRA 12
16.2.7 ANALISIS DE TRABAJO SEGURO 12
16.2.8 PERMISOS DE TRABAJO EN ALTURA 12
16.2.9 INSPECCIONES PLANEADAS 12
16.2.10 COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (COPASST) 14
16.2.11 COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL 14
16.2.12 ACCIDENTALIDAD AT-EL 14
17. ACTIVIDADES EJECUTADAS 15
18. ACTUALIZACIÓN DE CRONOGRAMA 15
19. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 15
20. ANEXOS 16

1. INTRODUCCIÓN

El presente INFORME MENSUAL DE OBRA describe las actividades desarrolladas en el marco del contrato de obras No. USPEC – CTO 238 – 2025, "REALIZAR LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS QUE COMPROMETEN LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN NACIONAL – ERON A CARGO DEL INPEC Y QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN PRIORITARIA" GRUPO 1; REGIONAL CENTRA", corresponde al periodo comprendido entre el 27 de abril de 2026 hasta el 26 de mayo de 2026 Se proporciona a través de este informe la información relacionada con el desarrollo técnico, administrativo y financiero del contrato de obra USPEC CTO 238 de 2025 durante el periodo de 27 de abril de 2026 hasta el 26 de mayo de 2026.

2. OBJETIVOS

2.1. GENERAL

Presentar información a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelario - USPEC, de los actos de ejecución del contrato de obras No. USPEC – CTO – 238-2025, "REALIZAR LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS QUE COMPROMETEN LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN NACIONAL – ERON A CARGO DEL INPEC Y QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN PRIORITARIA" GRUPO 1; REGIONAL CENTRAL",

2.2. ESPECÍFICOS

- Dar a conocer a la Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelario - USPEC, de los actos de ejecución del contrato de Obras No. USPEC – CTO – 238-2025, "REALIZAR LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS QUE COMPROMETEN LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN NACIONAL – ERON A CARGO DEL INPEC Y QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN PRIORITARIA" GRUPO 1; REGIONAL CENTRAL", a través de Ordenes de Servicios -ODS- y el avance en las actividades desarrolladas en el periodo.

- Informar de las diferentes actas suscritas durante los periodos, los formatos diligenciados que se llevan para tener el control de las cantidades realizadas durante el periodo de ejecución de las ordenes de servicio.

- Presentar en forma resumida las actividades técnicas, administrativas y financieras ejecutadas por el contratista de obra, durante el periodo de dicho informe.

- Informar al ente contratante de las diferentes decisiones tomadas por los participantes en la "REALIZAR LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS QUE COMPROMETEN LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN NACIONAL – ERON A CARGO DEL INPEC Y QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN PRIORITARIA" GRUPO 1 ; REGIONAL CENTRAL" de ajustes en campo de cada una de las actividades en ejecución, según requerimientos de terreno y diseños.

3. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

El contrato de obra No. USPEC – CTO – 238- 2028 fue adjudicado al H.A.H CONSTRUCCIONES SAS con el fin de desarrollar las obras de atención de emergencias presentadas en los establecimientos penitenciarios correspondientes a la REGIONAL CENTRAL, mediante la expedición de órdenes de servicio por parte de la USPEC. Los establecimientos que hacen parte de cada regional son:

Tabla 3-1 Ubicación de ERON Grupo 1 (Tabla 6)

REGIONAL	DEPARTAMENTO	No.	ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN
CENTRAL	AMAZONAS	1	EPMSC LETICIA	CALLE 13 NO. 10-120 BARRIO VICTORIA REGIA
CENTRAL	BOGOTÁ D.C.	2	COMEB BOGOTÁ (La Picota)	KILÓMETRO 5 VÍA USME
CENTRAL	BOGOTÁ D.C.	3	CPMS BOGOTÁ (La Modelo)	CARRERA 56 NO 18ª47
CENTRAL	BOGOTÁ D.C.	4	RM PAS ERE BOGOTÁ (Buen Pastor)	CRA 58 NO. 80 – 95
CENTRAL	BOYACÁ	5	EPAMS CAS CÓMBITA	KILÓMETRO 17 VÍA TUNJA - PAIPA
CENTRAL	BOYACÁ	6	EPMS RAMIRIQUÍ	CALLE 8 NO. 4-08
CENTRAL	BOYACÁ	7	EPMSC CHIQUINQUIRÁ	KILÓMETRO 2 VÍA BOGOTÁ.
CENTRAL	BOYACÁ	8	EPMSC DUITAMA	CALLE 7 NO 15 -08 DUITAMA
CENTRAL	BOYACÁ	9	EPMSC GUATEQUE	CALLE 9 Nº 6 – 35
CENTRAL	BOYACÁ	10	EPMSC MONIQUIRÁ	KM 01 VÍA MONIQUIRÁ - BARBOSA
CENTRAL	BOYACÁ	11	EPMSC SANTA ROSA DE VITERBO	VEREDA EL OLIVO KILOMETRO 2 VÍA SANTA ROSA DE VITERBO – CERINZA
CENTRAL	BOYACÁ	12	EPMSC SOGAMOSO	CARRERA 9ª 1ª -16 SUR
CENTRAL	BOYACÁ	13	EPMSC TUNJA	CALLE 31 NO. 2 -15 ESTE. BARRIO EL DORADO
CENTRAL	CAQUETÁ	14	EP FLORENCIA (Las Heliconias)	KM 1.5 DE LA VARIANTE SAN MARTIN VEREDA SAN ISIDRO
CENTRAL	CAQUETÁ	15	EPMSC FLORENCIA (Cunduy)	KILÓMETRO 3 VÍA NEIVA - BARRIO EL CUNDUY
CENTRAL	CASANARE	16	EPC YOPAL	KILÓMETRO 12 VÍA YOPAL AGUAZUL
CENTRAL	CASANARE	17	EPMSC PAZ DE ARIPORO	CALLE 10 NO. 6-69 BARRIO CAMILO TORRES
CENTRAL	CUNDINAMARCA	18	CPMMSFFA FACATATIVÁ	SOBRE CARRERA 2
CENTRAL	CUNDINAMARCA	19	EPC CÁQUEZA	CALLE 2 Nº 4-32 PALACIO MUNICIPAL

REGIONAL	DEPARTAMENTO	No.	ESTABLECIMIENTO	DIRECCIÓN
CENTRAL	CUNDINAMARCA	20	EPC GUADUAS (La Esperanza)	KM 3.5 VÍA A CAMBAO, VEREDA LA UNIÓN, FINCA LA ESPERANZA
CENTRAL	CUNDINAMARCA	21	EPMSC CHOCONTÁ	CARRERA 5 N· 5-31
CENTRAL	CUNDINAMARCA	22	EPMSC FUSAGASUGÁ	CARRERA 8 NO. 7-51
CENTRAL	CUNDINAMARCA	23	EPMSC GACHETÁ	CALLE 5 NO. 4 – 19
CENTRAL	CUNDINAMARCA	24	EPMSC GIRARDOT	CALLE 38 # 3 – 28 BARRIO DIAMANTE
CENTRAL	CUNDINAMARCA	25	EPMSC LA MESA	CARRERA 21 N°8-46
CENTRAL	CUNDINAMARCA	26	EPMSC UBATÉ	CRA 7 N°6-41
CENTRAL	CUNDINAMARCA	27	EPMSC VILLETA	CRA 6 N. 3-160 VILLETA
CENTRAL	HUILA	28	EPMSC GARZÓN	CALLE 3 SUR NO. 18 A 19 BARRIO AGUAZUL
CENTRAL	HUILA	29	EPMSC LA PLATA	KILÓMETRO 1 VÍA NEIVA
CENTRAL	HUILA	30	EPMSC RM NEIVA	VEREDA RÍO FRÍO - MUNICIPIO DE RIVERA, KILÓMETRO 15 VÍA NEIVA – RIVERA.
CENTRAL	HUILA	31	EPMSC PITALITO	CALLE 19 SUR NRO. 6-180
CENTRAL	META	32	CAMIS ERE ACACIAS	KM 3 VÍA ACACIAS-VILLAVICENCIO
CENTRAL	META	33	EPMSC ACACIAS	KM 5 VÍA ANTIGUA VILLAVICENCIO
CENTRAL	META	34	EPMSC GRANADA	CRA 14 Nº 14-31
CENTRAL	META	35	EPMSC RM VILLAVICENCIO	TV 26C NO. 14ª – 22
CENTRAL	TOLIMA	36	EPC GUAMO	CALLE 11 N. 8-04
CENTRAL	TOLIMA	37	EPMSC CHAPARRAL	CARRERA 6ªE N° 8ª- 44 BARRIO CARMENZA ROCHA
CENTRAL	TOLIMA	38	EPMSC JP ESPINAL	CALLE 6 CARRERA 12 ESQUINA
CENTRAL	TOLIMA	39	EPMSC MELGAR	CARRERA 26 N° 5 – 71 BARRIO EL CENTRO

Fuente: Anexo Técnico Contrato No. USPEC-CTO-238-2025

4. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

Tabla 4-1 Información Contrato de Obra

DATOS DEL CONTRATO DE OBRA	DESCRIPCIÓN
CONTRATO DE OBRA N°	238-2028
OBJETO DEL CONTRATO	"REALIZAR LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS QUE COMPROMETEN LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN NACIONAL – ERON A CARGO DEL INPEC Y QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN PRIORITARIA" GRUPO 1 ; REGIONAL CENTRAL", GRUPO 1; REGIONAL CENTRAL"
CONTRATISTA:	H.A.H CONSTRUCCIONES SAS
NIT:	900431716-9
INTERVENTORÍA:	TOTALL INC SAS BIC
SUPERVISIÓN:	UNIDAD DE SERVICIOS PENITENCIARIOS Y CARCELARIOS (USPEC)
VALOR INICIAL CONTRATADO	$ 1.356.600.000 PESOS
VALOR ADICCION	$ 678.300.000 PESOS
VALOR TOTAL CONTRATADO	$ 2.034.900.000 PESOS
FECHA DE INICIO GENERAL:	15/09/2025

Fuente: Contrato No. USPEC-CTO-238-2025

5. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS Y LEGALES

5.1. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

- Radicación acta de inicio contrato 238 de 2025
- Radicación acta de Adicción Presupuestal contrato 238 de 2025
- Radicación acta de Prorroga contrato 238-2025

5.2. ASPECTOS LEGALES

Se realizan actos de inicio al contrato de obra USPEC 238- 2025. Dando aprobación a recibir emergencias de obras para que puedan ser ejecutadas a través de respectiva orden de servicio en los establecimientos según contrato 238 de 2025 cuyo objeto es: "REALIZAR LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS QUE COMPROMETEN LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN NACIONAL – ERON A CARGO DEL INPEC Y QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN PRIORITARIA" GRUPO 1 ; REGIONAL CENTRAL", Y se aceptan póliza

6. MANEJO DEL ANTICIPO

El contrato de obra USPEC 238-2025, no tiene anticipo.

7. ESTADO ACTUAL DE LAS PÓLIZAS

Tabla 7-1 Cuadro Pólizas del Contrato

Póliza N° NB-1530125208601 y NB-150125193301			
AMPARO	**VALOR ASEGURADO**	**DESDE**	**HASTA**
Cumplimiento del Contrato	$ 610.470.000	16/09/2025	31/12/2030
Pago de salarios prestaciones sociales, e indemnizaciones laborales	$ 203.490.000	16/09/2025	08/02/2029
Calidad del servicio	$ 406.980.000	31/12/2025	31/12/2030
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes	$ 406.980.000	16/09/2025	08/02/2028
Estabilidad y calidad de la obra.	$ 406.980.000	31/12/2025	31/12/2030
Responsabilidad Civil	$ 284.700.000	16/09/2025	31/03/2026

Fuente: Contratista

8. ESTADO DEL CONTRATO Y AVANCE DE ACUERDO CON CRONOGRAMA

El contrato se encuentra vigente y su fecha de terminación es el 30 de junio de 2026 y tiene como alcance realizar la atención de emergencias de:

Tabla 8-1 Asignación de Presupuesto para las Obras por Grupo (Tabla 8)

GRUPO	REGIONAL	%	PRESUPUESTO ESTIMADO OBRA	VALOR GRUPO
Grupo 1	CENTRAL		$ 2.034.600.000	$1.356.600.000

GRUPO	REGIONAL	%	PRESUPUESTO ESTIMADO OBRA INICIAL	DISTRIBUCIÓN ADICIÓN DE PRESUPUESTO	PRESUPUESTO ESTIMADO OBRA FINAL
Grupo 1	CENTRAL	100%	$ 1.356.600.000		$ 1.356.600.000
Grupo 1	CENTRAL	ADICCION 50%		$ 678.300.000	$ 678.300.000
Total					$ 2.034.900.000

Fuente: Contrato No. USPEC-CTO-238-2025

En el periodo comprendido entre el 27 de abril de 2026 hasta el 26 de mayo de 2026 Se realizo por parte de la USPEC 2 solicitud de diagnóstico para la atención de emergencia en las Cárceles o Penitenciaria con Alta y Media Seguridad de la REGIONAL CENTRAL, se Proyectaron 2 ODS para desarrollo de obras en el establecimiento penitenciario y carcelario de combita.

9. BALANCE PRESUPUESTAL

En acumulado contando con el periodo acumulado en periodo anterior y el comprendido entre en 27 de abril de 2026 hasta el 26 de mayo de 2026, se aprobado 22 solicitudes de atención de emergencia correspondientes a la REGIONAL CENTRAL, y se está a la espera de la aprobación de 3 Ods, en las cuales se realizaron las visitas de inspección, de todas se proyectaron 3 ODS.

Tabla 9-1 Estado de Ejecución Ordenes de Servicio (ODS) Central

EJECUCIÓN ODS REGIONAL ORIENTE								
#	ESTABLECIMIENTO	ODS	VALOR ODS INICIAL	%ODS PROG	VALOR ODS FINAL	VALOR EJECUTADO	% ODS EJECUTADO	%ODS POR EJECUTAR
1	EPMSC CHIQUINQUIRÁ	G1-001	$ 141.870.982,12	6,97%	208.189.292,78	208.189.292,78	100 %	0 %
2	EPMSC – RM VILLAVICENCIO	G1-002	$ 64.965.823,32	3.19%	132.989.521,73	132.989.521,73	100 %	0 %
3	EPMSC FLORENCIA	G1-003	$ 64.817.536,22	3,18%	75.049.834,59	75.049.834,59	100 %	0 %
4	RM PAS ERE BOGOTA D.C.	G1-004	$ 62.540.322,38	3,07%	105.859.749,41	105.859.749,41	100 %	0 %
5	EPMSC JP ESPINAL	G1-005	$ 51.183.234,49	2,51%	59.366.831,57	59.366.831,57	100 %	0 %
6	EPMSC FLORENCIA	G1-006	$ 142.108.347,56	6,98 %	148.143,298,84	148.143,298,84	100 %	0 %
7	EPMSC SANTA ROSA DE VITERBO	G1-007	$ 93.853.799,61	4.61%	132.220.659,91	132.220.659,91	100 %	0 %
8	COMPLEJO BOGOTA – PICOTA	G1-008	$ 36.535.803,23	1.79%	43.246.035,40	43.246.035,40	100%	0 %
9	EPMSC LETICIA	G1-009	$ 128.164.303,50	6.29%	118.900.642,57	118.900.642,57	100 %	0 %
10	COMPLEJO BOGOTA – PICOTA	G1-010	$ 37.322.600,49	1.83%	34.489.512,70	34.489.512,70	100 %	0 %
11	COMPLEJO BOGOTA – PICOTA	G1-011	$ 33.252.217,31	1.63%	43.149.281,11	43.149.281,11	100 %	0 %
12	EC BOGOTA	G1-012	$ 129.595.160,46	6,36 %	167.827.133,67	167.827.133,67	100 %	0 %
13	EC BOGOTA	G1-013	$ 73.464.781,71	3,61 %	41.841.405,38	18.237.820,63	24,82%	$ 23.603.584,74
14	RM PAS ERE BOGOTA D.C.	G1-014	$ 126.877.731,60	6,23 %	149.879.332,23	149.879.332,23	100 %	0 %
15	EPMSC NEIVA	G1-015	$ 122.900.230,49	6,03 %	137.625.838,54	137.625.838,54	100 %	0 %
16	EPMSC JP ESPINAL	G1-016	$12.851.073,72	0,63 %	$20.764.440,45	20.764.440,45	100 %	0 %
18	EPC LA ESPERANZA DE GUADUAS	G1-017	$ 70.398.459,21	3,45 %	108.753.422,76	108.753.422,76	100 %	0 %
19	EPMSC RAMIRIQUI	G1-018	$ 47.458.174,85	2,33 %	$ 58.760.360,98	$ 58.760.360,98	100 %	0 %
20	EPMSC GIRARDOT	G1-019	$ 45.157.945,57	2,21 %	$ 44.861.106,40	$ 44.861.106,40	100 %	0 %
21	RM PAS ERE BOGOTA D.C	G1-020	$ 14.173.428,28	0,46 %	$ 14.173.428,28	$ 9.413.350,00	100 %	$ 4.760.078,28
22	CPAMSEB - EL BARNE	G1-021	$ 29.934.692,56	2,36 %	$ 29.934.692,56	$ 29.934.692,56	0 %	0 %
23	COMPLEJO BOGOTA – PICOTA	G1-022	$ 17.954.550,92	0,88%	$ 17.954.550,92	$ 17.954.550,92	100 %	0 %
24	CPMMSFACA-PONAL	G1-023	$ 38.355.555,77	1,88 %	$ 38.355.555,77	$ 14.562.200,27	37,96 %	$ 23.793.355,50
25	EPMSC NEIVA	G1-024	$ 97.607.796,34	4,79 %	$ 97.607.796,34	$ 0	0 %	$ 97.607.796,34
ODS PROGRAMADAS				99,75 %	2.029.852.724,89	$ 0	$ 0	
ODS SIN PROGRAMAR				0,25 %	5.047.275,11		$ 0	5.047.275,11
AVANCE ACUMULADO						$ 1.724.656.858,89	$ 0	
AVANCE ACTUAL MES						$ 155.522.051,13	$ 0	
TOTAL				100 %		$ 1.880.178.910,02	$ 0	

Fuente: Contratista

10. AVANCE FINANCIERO

Hasta el 26 de abril de 2026, se han aprobado 22 Ordenes de Servicio. La totalidad de las ODS aprobadas suman un valor de DOS MIL MILLONES VEINTE Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS CON OCHENTA Y NUEVE CENTAVOS ($2.029.852.724,89), se está a la espera de la aprobación de O d s p r o y e c t a d a s para atender, emergencia en el portón de acceso vehicular en el establecimiento de rm-bogota, emergencia en rancho de Neiva. De las ODS aprobadas se han ejecutado MIL OCHOCIENTOS OCHENTA MILLONES CIENTOS SETETA Y OCHO MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS CON DOS CENTAVOS ($ 1.880.178.910,02) que corresponde al 92,39 % del valor total del contrato, incluida la adicción presupuestal:

Tabla 10-1 Avance Financiero

#	MES	EJECUCIÓN MES	ACUMULADO
1	SEPTIEMBRE	$ 0,00	
2	OCTUBRE	$ 560.563.695,79	$ 0,00
3	NOVIEMBRE	$ 507.281.466,83	$ 560.563.695,79
4	DICIEMBRE	$ 279.460.864,42	$ 1.067.845.162,62
5	ENERO	$ 121.535.460,20	$ 1.347.306.027,04
6	FEBRERO	$ 36.976.629,60	$ 1.468.841.487,24
7	MARZO	$ 30.868.929,04	$ 1.505.818.116,84
8	ABRIL	$ 187.969.813,01	$ 1.536.687.045,88
9	MAYO	$ 155.522.051,13	$ 1.724.656.858,89
TOTAL		$ 1.880.178.910,02	

Fuente: Contratista

11. GESTIÓN A ACTIVIDADES NO PREVISTAS

Desde el día 27 De abril de 2026 hasta el 26 de mayo de 2026, no se ha presentado la solicitud de inclusión de item no previstos

12. PRUEBAS TÉCNICAS

No aplican para el tipo de intervenciones que se van a realizar.

13. HORARIOS DE TRABAJO

El horario de trabajo dentro de los establecimientos fue:

Tabla 13-1 Horarios de trabajo

HORARIO DE TRABAJO	
LUNES A VIERNES	8:00 A.M. 4: 00 P.M.
SÁBADO	NO SE TRABAJA
DOMINGO	NO SE TRABAJA

Fuente: Contratista

14. AVANCE PRESUPUESTAL

A la fecha y de acuerdo a las 22 ODS aprobadas, el avance presupuestal corresponde al 92,39 % del valor total del contrato, incluida la adicción presupuestal:

Tabla 14-1 Avance Presupuestal

REGIONAL	VALOR	%	VALOR EJECUTADO	% EJECUTADO
CENTRAL	$ 2.034,900,000.00	100 %		
TOTAL	$ 2,034,900,000.00		$ 1.880.178.910,02	92,39%

Fuente: Contratista

15. PERSONAL VINCULADO EN EL PERIODO

El contratista incorporó el siguiente personal contractual al desarrollo del contrato dentro del periodo:

- DIRECTOR DE OBRA - DEDICACIÓN 100%
- RESIDENTE DE OBRA - DEDICACIÓN 100%
- RESIDENTE ELÉCTRICO – DEDICACIÓN 100%
- RESIDENTE AMBIENTAL – DEDICACIÓN 20%

16. ACTIVIDADES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

16.1 OBJETIVOS

- Salvaguardar integralmente a los trabajadores de la obra y usuarios del entorno.
- Reducir la ocurrencia de accidentes comunes que sean previsibles.

- Frente a cualquier eventualidad de emergencia, servir de apoyo al Plan de Contingencia
- Eliminar o controlar los factores de riesgos y agentes nocivos, que puedan causar accidentes de trabajo o enfermedades de origen laboral.
- Especificar los mecanismos operativos y de gestión en este frente.
- Mejorar las condiciones de vida y de salud de los trabajadores y mantenerlo en su más alto nivel de eficiencia, bienestar físico, mental y social.
- Proteger a las personas contra los riesgos relacionados con agentes físicos, químicos, biológicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la organización laboral que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo.

16.2 COMPONENTE E1 – SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Durante el periodo se realizaron las siguientes actividades que dan cumplimiento a la gestión del área de seguridad y salud en el trabajo: EVALUACION MÉDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

La Evaluación Médica Pre-Ocupacional o de Pre-Ingreso son aquellas que se realizan para determinar las condiciones de salud física, mental y social del trabajador antes de su contratación, en función de las condiciones de trabajo a las que estaría expuesto, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo. El objetivo es determinar la aptitud del trabajador para desempeñar en forma eficiente las labores sin perjuicio de su salud o la de terceros, establecer la existencia de restricciones que ameriten alguna condición sujeta a modificación, e identificar condiciones de salud presentes en el trabajador que puedan agravarse en desarrollo de su labor. Este requerimiento está regulado por medio de la **Resolución 2346 de 2007 y Resolución 1918 de 2009**.

Todos los trabajadores que se encuentran vinculados actualmente en el proyecto cuentan con la respectiva evaluación médica ocupacional de ingreso con énfasis en Examen Físico Osteomuscular, visiometría y audiometría, dicha evaluaciones realizadas en un centro médico certificado y con personal profesional idóneo. **Ver Anexo #1 Exámenes Médicos Ocupacionales**.

16.2.1 EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE INGRESO

Se relaciona el personal que durante el periodo comprendido del 27 De marzo de 2026 hasta el 26 de abril de 2026 laboral en la obra:

APELLIDOS	NOMBRES	CEDULA	CARGO	N°DIAS
BALCAZAR JIMENEZ	JUAN DAVID	1.043.122.842	SUPERVISOR	21
CONRADO CARRILLO	VIRGINIA YANETH	1.083.557.385	INGENIERO RESIDENTE	21
BERMUDEZ LOPEZ	BRAJHAN	1.193.512.062	ARQUITECTO	21
BOSSIO ATENCIO	LUIS ALFREDO	1.041.901.557	AXILIAR	21
BARRAZA PAREJA	DIKLER GERMAN	1.047.035.863	AUXILIAR	21
ESTERILLA VALENCIA	JUAN BAUTISTA	6.097.580	MAESTRO	21
CABALLERO VILORIA	FARID MANUEL	1.048.069.437	AUXILIAR	21
SALAZAR HERNANDO	FREDDY ARMANDO	1.033.707.319	ELECTRICO	3
MORA CANCHILA	GABRIEL MANUEL	1.103.100.008	AUXILIAR	21
ARAGON HERNANDEZ	ELVER EDUARDO	1.002.159.060	OFICIAL	21
GONZALEZ RANGEL	MARINO	6992517	MAESTRO	21
SALAZAR HERNANDEZ	WILMER DANILO	1.026.565.483	ELECTRICO	3
VARGAS JARAMILLO	FABIAN HERNANDO	13.850.685	SISO	21



PREVENIR I-A S.A
Nit.:51901620 - 7
Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA
Tel: 4348521- 4200149 - 3126700249
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL
INGRESO

Tipo certificación: Ingreso [X] Periódico [ ] Retiro [ ] Post incapacidad [ ] Caso ocupacional [ ]
Control [ ] Reubicación [ ] Ingreso al SVE [ ] Trabajo en alturas [ ]

DATOS DEL PACIENTE

Fecha 29/05/2023 11:15:00 Cargo AYUDANTE DE OBRA
Empresa RAFAEL CASTRO SANJUAN
Nombre CARLOS DANIEL CHAMORRO BARBOZA
Doc. Identidad CC 1004356218 Edad 21 Años Género Masculino
Dirección MZ 3 CA 374 BRR CIUDAD EQUIDAD Teléfono 3245511146
Escolaridad Básica Primaria
Eps MUTUAL SER

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS
EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO
Sin restricciones para el cargo

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES
PARA EL TRABAJADOR:
ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
HIGIENE POSTURAL.
EJERCICIOS FUNCIONALES.

-- CONTROL POR MEDICINA GENERAL DE SU EPS.

-- DEBE SEGUIR LA SIGUIENTE RECOMENDACION: REPORTAR SINTOMAS RESPIRATORIOS Y SIGNOS DE ALARMA AL COORDINADOR INMEDIATO, COORDINADOR DE SST O JEFE DE TALENTO HUMANO.

NOTA: LA ATENCIÓN SE HIZO BAJO EL PROTOCOLO GENERAL DE BIOSEGURIDAD DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN # 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2020 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL DE COLOMBIA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN SI [X] NO [ ] ARL SI [ ] NO [ ] EPS SI [X] NO [ ]

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Autorizo a la IPS PREVENIR I A S.A para que le de el manejo de CUSTODIA y CONFIDENCIALIDAD en cumplimiento de las Resoluciones 2346 del 2.007, 1918 del 2.009 del Ministerio de Protección Social y normatividad vigente . Ademas doy fe que toda la información por mi suministrada es completa y verdica. Con mi firma expreso mi consentimiento para todos los estudios

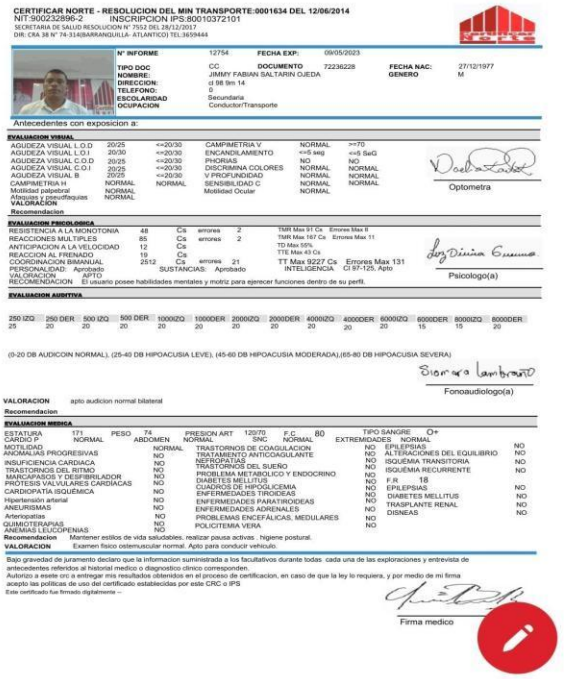
Dr. Jose Maria Benavides de Vega
Medico Especialista en Salud Ocupacional
RM: 41034/81 MP
Lic Ocupacional : 2598/2018 SDSM

Trabajador: CARLOS DANIEL CHAMORRO
CC: 1004356218
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Huella Izquierda

Dirección: Carrera 20 No 12 - 32 SANTA MARTA Telefono: 4348521- 4200149 - 3126700249
Email: PREVENIRIASANTAMARTA@HOTMAIL.COM

Página 1 de 2



CERTIFICAR NORTE - RESOLUCION DEL MIN TRANSPORTE:0001634 DEL 12/06/2014
NIT:900232896-2 INSCRIPCION IPS:80010372101
SECRETARIA DE SALUD RESOLUCION N° 7552 DEL 28/12/2017
DIR: CRA 38 N° 74-314(BARRANQUILLA- ATLANTICO) TEL:3659444

N° INFORME 12754 FECHA EXP: 09/05/2023
TIPO DOC CC DOCUMENTO 72236228 FECHA NAC: 27/12/1977
NOMBRE: JIMMY FABIAN SALTARIN OJEDA GENERO M
DIRECCION: cl 98 9m 14
TELEFONO: 0
ESCOLARIDAD Secundaria
OCUPACION Conductor/Transporte

Antecedentes con exposicion a:

EVALUACION VISUAL

AGUDEZA VISUAL L.O.D	20/25	<=20/30	CAMPIMETRIA V	NORMAL	>=70
AGUDEZA VISUAL L.O.I	20/30	<=20/30	ENCANDILAMIENTO	<=5 seg	<=5 SeG
AGUDEZA VISUAL C.O.D	20/25	<=20/30	FORIAS	NO	NO
AGUDEZA VISUAL C.O.I	20/25	<=20/30	DISCRIMINA COLORES	NORMAL	NORMAL
AGUDEZA VISUAL B	20/25	<=20/30	V PROFUNDIDAD	NORMAL	NORMAL
CAMPIMETRIA H	NORMAL	NORMAL	SENSIBILIDAD C	NORMAL	NORMAL
Motilidad palpebral	NORMAL		Motilidad Ocular	NORMAL	
Ataques y pseudtaques	NORMAL				

VALORACION
Recomendacion

Optometra

EVALUACION PSICOLOGICA

RESISTENCIA A LA MONOTONIA	48	Cs	errores	2	TMR Max 91 Cs	Errores Max 8	
REACCIONES MULTIPLES	85	Cs	errores	2	TMR Max 167 Cs	Errores Max 11	
ANTICIPACION A LA VELOCIDAD	12	Cs			TD Max 59%		
REACCION AL FRENADO	19	Cs			TTE Max 43 Cs		
COORDINACION BIMANUAL	2512	Cs	errores	21	TT Max 9227 Cs	Errores Max 131	
PERSONALIDAD: Aprobado			SUSTANCIAS:	Aprobado	INTELIGENCIA	CI 97-125, Apto	
VALORACION APTO							
RECOMENDACION El usuario posee habilidades mentales y motriz para ejercer funciones dentro de su perfil.							

Psicologo(a)

EVALUACION AUDITIVA

250 IZQ	250 DER	500 IZQ	500 DER	1000IZQ	1000DER	2000IZQ	2000DER	4000IZQ	4000DER	6000IZQ	6000DER	8000IZQ	8000DER
25	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	15	15	20

(0-20 DB AUDICOIN NORMAL), (25-40 DB HIPOACUSIA LEVE), (45-60 DB HIPOACUSIA MODERADA),(65-80 DB HIPOACUSIA SEVERA)

Fonoaudiologo(a)

VALORACION apto audicion normal bilateral
Recomendacion

EVALUACION MEDICA

ESTATURA 171	PESO 74	PRESION ART 120/70	F.C 80	TIPO SANGRE O+			
CARDIO P NORMAL	ABDOMEN NORMAL	SNC NORMAL	EXTREMIDADES NORMAL				
MOTILIDAD NORMAL		TRASTORNOS DE COAGULACION NO		EPILEPSIAS	NO		
ANOMALIAS PROGRESIVAS NO		TRATAMIENTO ANTICOAGULANTE NO		ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	NO		
INSUFICIENCIA CARDIACA NO		NEFROPATIAS NO		ISQUEMIA TRANSITORIA	NO		
TRASTORNOS DEL RITMO NO		TRASTORNOS DEL SUEÑO NO		ISQUEMIA RECURRENTE	NO		
MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR NO		PROBLEMA METABOLICO Y ENDOCRINO NO		F.R 18			
PROTESIS VALVULARES CARDIACAS NO		DIABETES MELLITUS NO		EPILEPSIAS	NO		
CARDIOPATIA ISQUEMICA NO		CUADRO CLINICO HIPOGLICEMIA NO		DIABETES MELLITUS	NO		
Hipertensión arterial NO		ENFERMEDADES TIROIDEAS NO		TRASPLANTE RENAL	NO		
ANEURISMAS NO		ENFERMEDADES PARATIROIDEAS NO		DISNEAS	NO		
Arteriopatias NO		ENFERMEDADES ADRENALES NO					
QUIMIOTERAPIAS NO		PROBLEMAS ENCEFÁLICAS, MEDULARES NO					
ANEMIAS LEUCOPENIAS NO		POLICITEMIA VERA NO					

Recomendacion Mantener estilos de vida saludables. realizar pausa activas . higiene postural.
VALORACION Examen fisico osteomuscular normal. Apto para conducir vehiculo.

Bajo gravedad de juramento declaro que la information suministrada a los facultativos durante todas cada una de las exploraciones y entrevista de antecedentes referidos al historial medico o diagnostico clinico corresponden.
Autorizo a esete cro a entregar mis resultados obtenidos en el proceso de certificacion, en caso de que la ley lo requiera, y por medio de mi firma acepto las politicas de uso del certificado establecidas por este CRC o IPS
Este certificado fue firmado digitalmente --

Firma medico



CERTIFICADO PRUEBA DE TRABAJO EN ALTURA
CERTIFICAR NORTE - RESOLUCION DEL MIN TRANSPORTE:0001634 DEL 12/06/2014
NIT:900232896-2 INSCRIPCION IPS:80010372101
SECRETARIA DE SALUD RESOLUCION N° 7552 DEL 28/12/2017
DIR: CRA 38 N° 74-314(BARRANQUILLA- ATLANTICO) TEL:3659444
CERTIFICADO N° 12754

INFORMACION GENERAL

NOMBRE	JIMMY FABIAN SALTARIN OJEDA
TIPO DOCUMENTO	CC
DOCUMENTO	72236228
FECHA EXPEDICION	09/05/2023
EMPRESA CLIENTE	CONSTRUCTORA FG S.A

SE REALIZA ANAMNESIS COMPLETA, DEFINIENDO ANTECEDENTES.

NOTA: LOS RESULTADOS DEL EXAMEN SE ENCUENTRA EN CUSTODIA DE NUESTRA IPS. LOS CUALES PODRÁN SER CONSULTADOS MEDIANTE SOLICITUD FORMAL POR ESCRITO DEL PACIENTE ATENDIDO O CON SU AUTORIZACIÓN POR LA EMPRESA QUE LO REQUIERA.

RESULTADOS DE APTITUD

SE CONSIDERA Examen fisico osteomuscular normal. Apto para conducir vehiculo.

CONDUCTAS PREVENTIVAS:

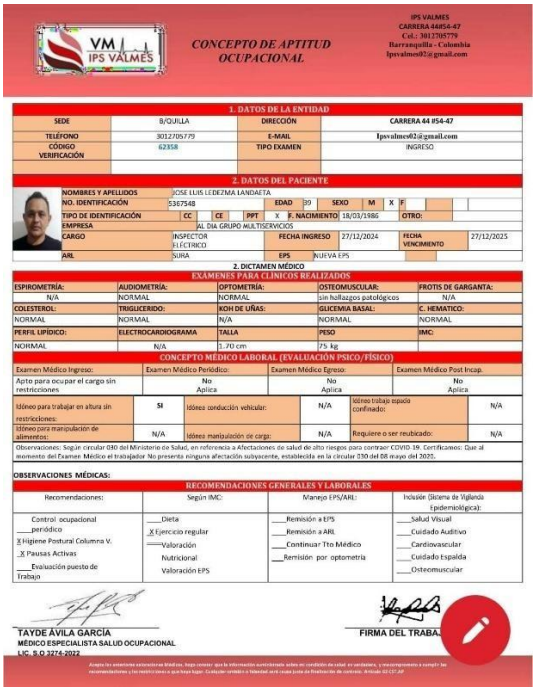
1. Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
2. Utilizar los elementos de protección requeridos para la realización de las tareas propias de la ocupación a desempeñar.
3. Capacitar en el adecuado uso de los elementos de protección personal que la empresa le suministra para el desempeño de su trabajo de manera segura.
4. Suministrar todos los elementos de protección personal requeridos para realizar su trabajo de manera segura.
5. Uso adecuado de los elementos de protección personal de la dotación.
6. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal adecuado para movilizar cargas y para realizar las demás tareas de su ocupación
7. Capacitación y entrenamiento adecuado previo a la realización de trabajos en alturas o espacios confinados.
8. Verificar de manera continua en el desarrollo de su trabajo que las actividades y tareas
9. Los hombres no deben movilizar cargas desde el piso superiores a 25 Kg o 50 Kg sobre hombros o espalda.

RECOMENDACIONRECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA EL PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
Hemogra: normal,glucemia:normal,Mantener estilos de vida saludables. Realizar pausas activas. Higiene postural.

CONSIDERACIONES JURIDICAS: La resolución 2346 de 11 de julio de 2007 y la resolución 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social reglamenta la práctica y contenido de las evaluaciones medicas, con el objeto de determinar las condiciones de salud física, mental, social y la existencia de restricciones del aspirante, acorde con los requerimientos de la tarea y perfil del cargo, definidos por el empleador. Establece que la empresa sólo puede conocer EL CERTIFICADO MÉDICO DEL ASPIRANTE, el cual se le suministra según lo acordado, el usuario o empresa puede solicitar copia (medio magnético) de la historia clínica si lo requiere. Establece también que le corresponde a la EPS del trabajador la guarda y custodia de los documentos de la historia. Los documentos completos de la historia clínica estarán bajo nuestra custodia acorde a lo que indican estas resoluciones.

DR MANUEL BADILLO ROMERO
MEDICO DEL TRABAJO
ESPECIALISTA EN SST LICENCIA 7403

FIRMA DEL EVALUADO
CC 72236228



VM IPS VALMES
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

IPS VALMES
CARRERA 44#54-47
Cel.: 3012705779
Barranquilla - Colombia
Ipsvalmes02@gmail.com

1. DATOS DE LA ENTIDAD

SEDE	B/QUILLA	DIRECCIÓN	CARRERA 44 #54-47
TELÉFONO	3012705779	E-MAIL	Ipsvalmes02@gmail.com
CÓDIGO VERIFICACIÓN	62358	TIPO EXAMEN	INGRESO

2. DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES Y APELLIDOS	JOSE LUIS LEDEZMA LANDAETA						
NO. IDENTIFICACIÓN	5367548	EDAD	39	SEXO	M X F		
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC CE PPT X	F. NACIMIENTO	18/03/1986	OTRO:			
EMPRESA	AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS						
CARGO	INSPECTOR ELECTRICO	FECHA INGRESO	27/12/2024	FECHA VENCIMIENTO	27/12/2025		
ARL	SURA	EPS	NUEVA EPS				

2. DICTAMEN MÉDICO

EXAMENES PARA CLINICOS REALIZADOS

ESPIROMETRÍA:	AUDIOMETRÍA:	OPTOMETRÍA:	OSTEOMUSCULAR:
N/A	NORMAL	NORMAL	sin hallazgos patológicos
COLESTEROL:	TRIGLICERIDO:	KOH DE UÑAS:	GLICEMIA BASAL:
NORMAL	NORMAL	N/A	NORMAL
PERFIL LIPIDICO:	ELECTROCARDIOGRAMA	TALLA	PESO
NORMAL	N/A	1.70 cm	75 kg

FROTIS DE GARGANTA:			
N/A			
C. HEMATICO:			
NORMAL			
IMC:			
NORMAL			

CONCEPTO MÉDICO LABORAL (EVALUACION PSICO/FISICO)

Examen Médico Ingreso:	Examen Médico Periódico:	Examen Médico Egreso:	Examen Médico Post Incap.
Apto para ocupar el cargo sin restricciones	No Aplica	No Aplica	No Aplica

Idóneo para trabajar en altura sin restricciones:	SI	Idóneo conducción vehicular:	N/A	Idóneo trabajo espacio confinado:	N/A
Idóneo para manipulación de alimentos:	N/A	Idóneo manipulación de carga:	N/A	Requiere o ser reubicado:	N/A

Observaciones: Según circular 030 del Ministerio de Salud, en referencia a Afectaciones de salud de alto riesgos para contraer COVID 19. Certificamos: Que al momento del Examen Medico el trabajador No presenta ninguna afectación subyacente, establecida en la circular 030 del 08 mayo del 2020.

OBSERVACIONES MÉDICAS:

RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES

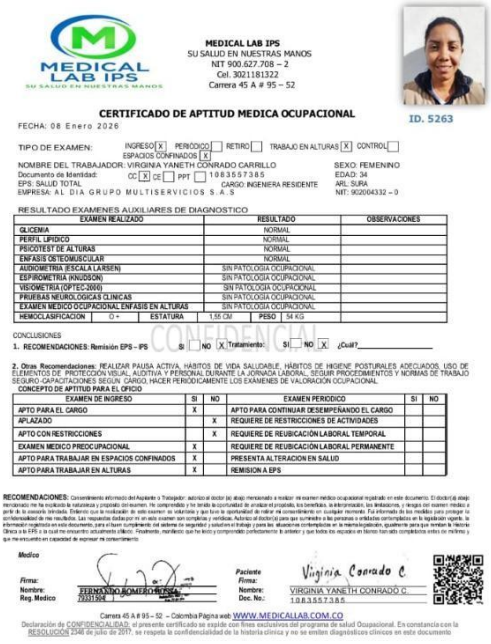
Recomendaciones:	Según IMC:	Manejo EPS/ARL:	Inclusión (Sistema de Vigilancia Epidemiológica):
Control ocupacional ___periódico X Higiene Postural Columna V. _X Pausas Activas ___Evaluación puesto de Trabajo	___Dieta _X Ejercicio regular ___Valoración Nutricional Valoración EPS	___Remisión a EPS ___Remisión a ARL ___Continuar Tto Médico ___Remisión por optometria	___Salud Visual ___Cuidado Auditivo ___Cardiovascular ___Cuidado Espalda ___Osteomuscular

TAYDE AVILA GARCIA
MÉDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL
LIC. S.O 3274-2022

FIRMA DEL TRABA

Acepto los anteriores estándares Médicos, bajo consejo que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST JEF

USPEC Unidad de Servicios Penitenciarios y Carcelarios



MEDICAL LAB IPS
SU SALUD EN NUESTRAS MANOS
NIT 900.627.708 – 2
Cel. 3021181322
Carrera 45 A # 95 – 52

ID. 5263

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 08 Enero 2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIODICO [ ] RETIRO [ ] TRABAJO EN ALTURAS [X] CONTROL [ ] ESPACIOS CONFINADOS [X]

NOMBRE DEL TRABAJADOR: VIRGINIA YANETH CONRADO CARRILLO — SEXO: FEMENINO
Documento de Identidad: CC [X] CE [ ] PPT [ ] 1083557385 — EDAD: 34
EPS: SALUD TOTAL — CARGO: INGENIERA RESIDENTE — ARL: SURA
EMPRESA: AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS S.A.S — NIT: 902004332 – 0

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (HNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION O +	ESTATURA 1.58 CM	PESO 54 KG

CONCLUSIONES

1. **RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS** SI [ ] NO [X] Tratamiento: SI [ ] NO [X] ¿Cuál?_____

2. **Otras Recomendaciones:** REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO -CAPACITACIONES SEGUN CARGO, HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

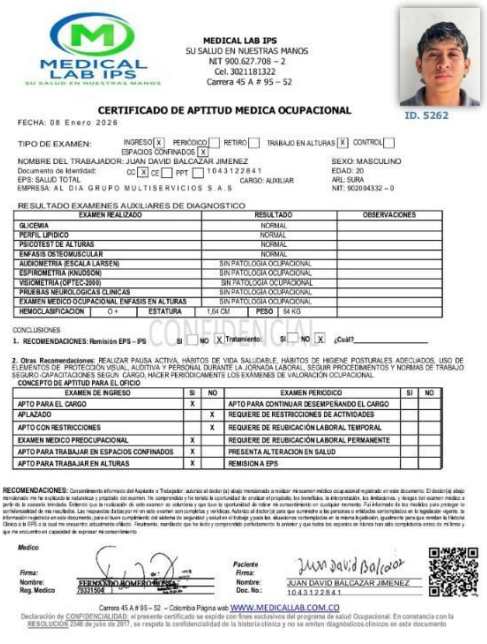
RECOMENDACIONES: Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen medico a partir de la ocasión brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de los medios para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Medico — Firma: — Nombre: FERNANDO ROMERO PEÑA — Reg. Medico 73331504

Paciente — Firma: Virginia Conrado C. — Nombre: VIRGINIA YANETH CONRADO C. — Doc. No.: 1.083.557.385

Carrera 45 A # 95 – 52 – Colombia Pagina web: WWW.MEDICALLAB.COM.CO

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento



MEDICAL LAB IPS
SU SALUD EN NUESTRAS MANOS
NIT 900.627.708 – 2
Cel. 3021181322
Carrera 45 A # 95 – 52

ID. 5262

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL

FECHA: 08 Enero 2026

TIPO DE EXAMEN: INGRESO [X] PERIODICO [ ] RETIRO [ ] TRABAJO EN ALTURAS [X] CONTROL [ ] ESPACIOS CONFINADOS [X]

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JUAN DAVID BALCAZAR JIMENEZ — SEXO: MASCULINO
Documento de Identidad: CC [X] CE [ ] PPT [ ] 1043122841 — EDAD: 20
EPS: SALUD TOTAL — CARGO: AUXILIAR — ARL: SURA
EMPRESA: AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS S.A.S — NIT: 902004332 – 0

RESULTADO EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO	OBSERVACIONES
GLICEMIA	NORMAL	
PERFIL LIPIDICO	NORMAL	
PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL	
ENFASIS OSTEOMUSCULAR	NORMAL	
AUDIOMETRIA (ESCALA LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
ESPIROMETRIA (HNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS EN ALTURAS	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL	
HEMOCLASIFICACION O +	ESTATURA 1.64 CM	PESO 54 KG

CONCLUSIONES

1. **RECOMENDACIONES: Remisión EPS – IPS** SI [ ] NO [X] Tratamiento: SI [ ] NO [X] ¿Cuál?_____

2. **Otras Recomendaciones:** REALIZAR PAUSA ACTIVA, HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, HÁBITOS DE HIGIENE POSTURALES ADECUADOS, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION VISUAL, AUDITIVA Y PERSONAL DURANTE LA JORNADA LABORAL, SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO -CAPACITACIONES SEGUN CARGO, HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACIÓN OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL OFICIO

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	EXAMEN PERIODICO	SI	NO
APTO PARA EL CARGO	X		APTO PARA CONTINUAR DESEMPEÑANDO EL CARGO		
APLAZADO		X	REQUIERE DE RESTRICCIONES DE ACTIVIDADES		
APTO CON RESTRICCIONES		X	REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL TEMPORAL		
EXAMEN MEDICO PREOCUPACIONAL	X		REQUIERE DE REUBICACIÓN LABORAL PERMANENTE		
APTO PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS	X		PRESENTA ALTERACION EN SALUD		
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS	X		REMISION A EPS		

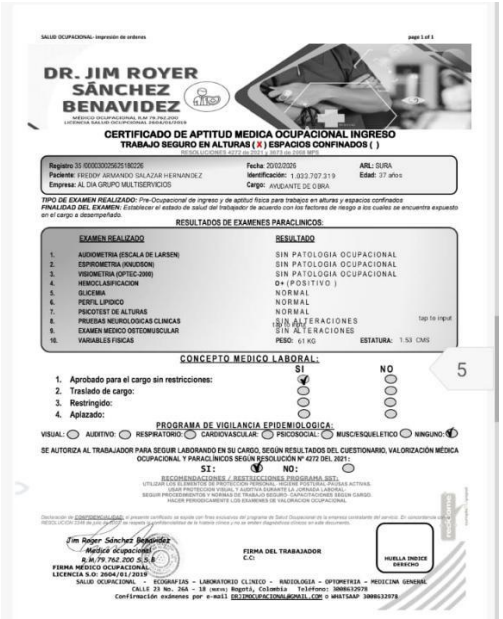
RECOMENDACIONES: Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen medico a partir de la ocasión brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de los medios para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Medico — Firma: — Nombre: FERNANDO ROMERO PEÑA — Reg. Medico 73331504

Paciente — Firma: — Nombre: JUAN DAVID BALCAZAR JIMENEZ — Doc. No.: 1043122841

Carrera 45 A # 95 – 52 – Colombia Pagina web: WWW.MEDICALLAB.COM.CO

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de salud Ocupacional. En constancia con la RESOLUCION 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento



DR. JIM ROYER SÁNCHEZ BENAVIDEZ
MÉDICO OCUPACIONAL R.M 79.762.200
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 2904/01/2019

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL INGRESO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( )
RESOLUCIONES 4272 DE 2021 y 0312 de 2019 SPS

Registro 35 00003002562519822E — Fecha: 20/02/2026 — ARL: SURA
Paciente: FREDDY ARMANDO SALAZAR HERNANDEZ — Identificación: 1.032.787.319 — Edad: 37 años
Empresa: AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS — Cargo: AYUDANTE DE OBRA

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Ocupacional de ingreso y de aptitud física para trabajos en alturas y espacios confinados
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto en el cargo a desempeñado.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

	EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1.	AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2.	ESPIROMETRIA (HNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3.	VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4.	HEMOCLASIFICACION	O+ (POSITIVO)
5.	GLICEMIA	NORMAL
6.	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7.	PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8.	PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9.	EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
10.	VARIABLES FISICAS	PESO: 61 KG ESTATURA: 1.53 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	
2. Traslado de cargo:		
3. Restringido:		
4. Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
VISUAL: ( ) AUDITIVO: ( ) RESPIRATORIO: ( ) CARDIOVASCULAR: ( ) PSICOSOCIAL: ( ) MUSC/ESQUELETICO ( ) NINGUNO: (✓)

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA SEGUIR LABORANDO EN SU CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLINICOS SEGÚN RESOLUCIÓN N° 4272 DEL 2021: SI: (✓) NO: ( )

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL - HIGIENE POSTURAL-PAUSAS ACTIVAS.
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

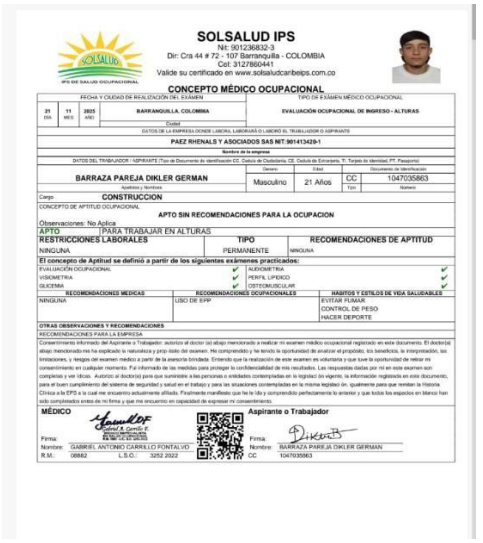
Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En constancia con la RESOLUCIÓN 2346 de julio de 2017, se respeta la confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Jim Roger Sánchez Benavidez — Medico ocupacional — R.M.79.762.200 S.S.S — FIRMA MEDICO OCUPACIONAL — LICENCIA S.O: 2904/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR — C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (sexs) Bogotá, Colombia Teléfono: 3008632978
Confirmación exámenes por e-mail ORIINOCUPACIONAL@GMAIL.COM o WHATSAAP 3008632978



SOLSALUD IPS
Nit: 901236832-3
Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA
Cel: 3127860441
Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN: 21 DIA — 11 MES — 2025 AÑO — BARRANQUILLA COLOMBIA
TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL: EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS
Ciudad

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARA O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE
PAEZ RHENALS Y ASOCIADOS SAS NIT:901413429-1
Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjería, TI: Tarjeta de identidad, PT: Pasaporte)

Nombres y Apellidos	Genero	Edad	Documento de Identificación
BARRAZA PAREJA DIKLER GERMAN	Masculino	21 Años	CC 1047035863 (Tipo / Número)

Cargo: CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO: PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRIA	✓
VISIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
GLICEMIA	✓	OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen medico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen medico a partir de la ocasión brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de los medios para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este examen son completas y ver idicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO — Firma: — Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO — R.M.: 08862 — L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador — Firma: — Nombre: BARRAZA PAREJA DIKLER GERMAN — CC 1047035863



DR. JIM ROYER SÁNCHEZ BENAVIDEZ

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL INGRESO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( )

Paciente: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ	Identificación: 1.193.512.062	Fecha: 18/02/2026	ARL: SURA
Empresa: AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	Cargo: SUPERVISOR		Edad: 24 años

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Ocupacional de ingreso y de aptitud física para trabajos en alturas y espacios confinados
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto en el cargo a desempeñarlo.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	O+(POSITIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 63 KG ESTATURA: 1.71 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	
2. Traslado de cargo:		
3. Restringido:		
4. Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
VISUAL: ( ) AUDITIVO: ( ) RESPIRATORIO: ( ) CARDIOVASCULAR: ( ) PSICOSOCIAL: ( ) MUSCOESQUELETICO ( ) NINGUNO: (✓)

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA SEGUIR LABORANDO EN SU CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 2021:
SI: (✓) NO: ( )

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO. CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 se usa soporte de reserva legal/confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Jim Royer Sánchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M.79.762.200 S.S.S
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (nuevo) Bogotá, Colombia Teléfono: 3008632978
Confirmación exámenes por e-mail DRJIMOCUPACIONAL@GMAIL.COM o WHATSAAP 3008632978



DR. JIM ROYER SÁNCHEZ BENAVIDEZ

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL INGRESO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( )

Paciente: JUAN BAUTISTA ESTRELLA VALENCIA	Identificación: 6.097.580	Fecha: 18/02/2026	ARL: SURA
Empresa: AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	Cargo: AYUDANTE DE OBRA		Edad: 46 años

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Ocupacional de ingreso y de aptitud física para trabajos en alturas y espacios confinados
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto en el cargo a desempeñarlo.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	O+(POSITIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 74 KG ESTATURA: 1.62 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	
2. Traslado de cargo:		
3. Restringido:		
4. Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
VISUAL: ( ) AUDITIVO: ( ) RESPIRATORIO: ( ) CARDIOVASCULAR: ( ) PSICOSOCIAL: ( ) MUSCOESQUELETICO ( ) NINGUNO: (✓)

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA SEGUIR LABORANDO EN SU CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 2021:
SI: (✓) NO: ( )

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO. CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 se usa soporte de reserva legal/confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Jim Royer Sánchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M.79.762.200 S.S.S
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (nuevo) Bogotá, Colombia Teléfono: 3008632978
Confirmación exámenes por e-mail DRJIMOCUPACIONAL@GMAIL.COM o WHATSAAP 3008632978



DR. JIM ROYER SÁNCHEZ BENAVIDEZ

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL INGRESO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( )

Paciente: JAIR STAND DE AVILA	Identificación: 1.043.693.729	Fecha: 18/02/2026	ARL: SURA
Empresa: AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	Cargo: AYUDANTE DE OBRA		Edad: 18 años

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Ocupacional de ingreso y de aptitud física para trabajos en alturas y espacios confinados
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto en el cargo a desempeñarlo.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	B+(POSITIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 74 KG ESTATURA: 1.74 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	
2. Traslado de cargo:		
3. Restringido:		
4. Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
VISUAL: ( ) AUDITIVO: ( ) RESPIRATORIO: ( ) CARDIOVASCULAR: ( ) PSICOSOCIAL: ( ) MUSCOESQUELETICO ( ) NINGUNO: (✓)

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA SEGUIR LABORANDO EN SU CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 2021:
SI: (✓) NO: ( )

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO. CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 se usa soporte de reserva legal/confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Jim Royer Sánchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M.79.762.200 S.S.S
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (nuevo) Bogotá, Colombia Teléfono: 3008632978
Confirmación exámenes por e-mail DRJIMOCUPACIONAL@GMAIL.COM o WHATSAAP 3008632978



DR. JIM ROYER SÁNCHEZ BENAVIDEZ

CERTIFICADO DE APTITUD MEDICA OCUPACIONAL INGRESO
TRABAJO SEGURO EN ALTURAS (X) ESPACIOS CONFINADOS ( )

Paciente: MIGUEL ANGEL VELASQUEZ SANCHEZ	Identificación: 1.002.189.319	Fecha: 18/02/2026	ARL: SURA
Empresa: AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	Cargo: AYUDANTE DE OBRA		Edad: 20 años

TIPO DE EXAMEN REALIZADO: Pre-Ocupacional de ingreso y de aptitud física para trabajos en alturas y espacios confinados
FINALIDAD DEL EXAMEN: Establecer el estado de salud del trabajador de acuerdo con los factores de riesgo a los cuales se encuentra expuesto en el cargo a desempeñarlo.

RESULTADOS DE EXAMENES PARACLINICOS:

EXAMEN REALIZADO	RESULTADO
1. AUDIOMETRIA (ESCALA DE LARSEN)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
2. ESPIROMETRIA (KNUDSON)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
3. VISIOMETRIA (OPTEC-2000)	SIN PATOLOGIA OCUPACIONAL
4. HEMOCLASIFICACION	O+(POSITIVO)
5. GLICEMIA	NORMAL
6. PERFIL LIPIDICO	NORMAL
7. PSICOTEST DE ALTURAS	NORMAL
8. PRUEBAS NEUROLOGICAS CLINICAS	SIN ALTERACIONES
9. EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	SIN ALTERACIONES
10. VARIABLES FISICAS	PESO: 63 KG ESTATURA: 1.63 CMS

CONCEPTO MEDICO LABORAL:

	SI	NO
1. Aprobado para el cargo sin restricciones:	✓	
2. Traslado de cargo:		
3. Restringido:		
4. Aplazado:		

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
VISUAL: ( ) AUDITIVO: ( ) RESPIRATORIO: ( ) CARDIOVASCULAR: ( ) PSICOSOCIAL: ( ) MUSCOESQUELETICO ( ) NINGUNO: (✓)

SE AUTORIZA AL TRABAJADOR PARA SEGUIR LABORANDO EN SU CARGO, SEGÚN RESULTADOS DEL CUESTIONARIO, VALORIZACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL Y PARACLÍNICOS SEGÚN RESOLUCIÓN Nº 4272 DEL 2021:
SI: (✓) NO: ( )

RECOMENDACIONES / RESTRICCIONES PROGRAMA SST:
UTILIZAR LOS ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, HIGIENE POSTURAL PAUSAS ACTIVAS
USAR PROTECCION VISUAL Y AUDITIVA DURANTE LA JORNADA LABORAL
SEGUIR PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE TRABAJO SEGURO. CAPACITACIONES SEGÚN CARGO.
HACER PERIODICAMENTE LOS EXAMENES DE VALORACION OCUPACIONAL

Declaración de CONFIDENCIALIDAD: el presente certificado se expide con fines exclusivos del programa de Salud Ocupacional de la empresa contratante del servicio. En concordancia con la RESOLUCIÓN 2346 se usa soporte de reserva legal/confidencialidad de la historia clínica y no se emiten diagnósticos clínicos en este documento.

Jim Royer Sánchez Benavidez
Medico ocupacional
R.M.79.762.200 S.S.S
FIRMA MEDICO OCUPACIONAL
LICENCIA S.O: 2604/01/2019

FIRMA DEL TRABAJADOR
C.C:

HUELLA INDICE DERECHO

SALUD OCUPACIONAL - ECOGRAFIAS - LABORATORIO CLINICO - RADIOLOGIA - OPTOMETRIA - MEDICINA GENERAL
CALLE 23 No. 26A - 18 (nuevo) Bogotá, Colombia Teléfono: 3008632978
Confirmación exámenes por e-mail DRJIMOCUPACIONAL@GMAIL.COM o WHATSAAP 3008632978

16.2.2 INGRESO DE PERSONAL Y COBERTURA EN SEGURIDAD SOCIAL

Todos los trabajadores del proyecto se encuentran afiliados al Sistema de Seguridad Social, como lo establece la normativa legal vigente, como constancia se anexan las planillas de seguridad social, certificados y radicados de afiliación para ARL, EPS, AFP



enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-12-29, 04:52:26 PM Tipo Planilla: E: PLANILLA PARA PAGO SEGURIDAD SOCIAL EN Número Planilla: 82588439

Periodo Cotización: noviembre de 2025 Periodo Servicio: diciembre de 2025

PAGADA 29/12/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAEZ RHENALS Y ASOCIADOS	Nombre Sucursal	JULIO	Código Sucursal	01
Documento	NI901413420	Dirección	CR 62 #62 - 26 402 LA CONCEPCION		
Tipo de Empresa	EMPLEADOR	Teléfono	3626621		
Tipo Persona	JURÍDICA	Forma Presentación	SUCURSAL	Total Afiliados	7
Ciudad	BARRANQUILLA, DISTRITO ESP. INDUSTRIAL Y PORTUARIO	Departamento	ATLANTICO		
Representante Legal	PAEZ RHENALS NATALY DE JESUS	Identificación	CC1045730767		

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades	Pensiones		Salud		Riesgos		Cajas		Parafiscales			Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante		Administradora	IBC Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Administradora	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte Mineducación	
CC 1010167911	APUSTEGUI ESTRADA ANGHELO YESSID	01	00	X X	PROTECCION	$ 332.150	COMPENSAR EPS	$ 332.150	$ 41.600	ARL SURA	$ 332.150	$ 23.226	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.050
CC 1014270150	JULIAO OSPINO LUIS ENRIQUE	01	00	X X	PROTECCION	$ 332.150	NUEVA EPS	$ 332.150	$ 41.600	ARL SURA	$ 332.150	$ 23.226	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.050
CC 1041491557	SOSSA ATENCIO LUIS ALFREDO	01	00	X X	PORVENIR	$ 332.150	$ 53.200	NUEVA EPS S.A. (MOVILIDAD)	$ 332.150	$ 41.600	ARL SURA	$ 332.150	$ 23.226	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.050
CC 1047035863	PAREJA DIKLER GERMAN	01	00	X X	PORVENIR	$ 332.150	$ 53.200	SALUD TOTAL EPS	$ 332.150	$ 41.600	ARL SURA	$ 332.150	$ 23.226	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.050
CC 1193240183	CARABALLO MACIS RONAL	01	00	X X	PORVENIR	$ 332.150	$ 53.200	NUEVA EPS	$ 332.150	$ 41.600	ARL SURA	$ 332.150	$ 23.226	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.050
CC 1193512992	MERAVEGE LOPEZ BRAYAN	01	00	X X	PORVENIR	$ 332.150	$ 53.200	NUEVA EPS	$ 332.150	$ 41.600	ARL SURA	$ 332.150	$ 23.226	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.050
PT 1007549	LEDEZMA LANDAETA JOSE LUIS	01	00	X X	COLFONDOS	$ 332.150	$ 53.200	SALUD TOTAL EPS	$ 332.150	$ 41.600	ARL SURA	$ 332.150	$ 23.226	NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 116.050

III. TOTALES

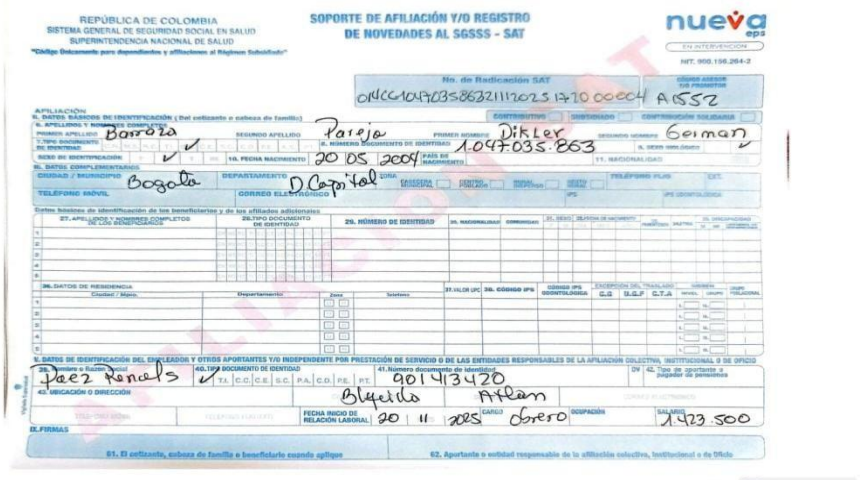
IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes FSP	Aportes FSS	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE	TOTAL INTERESES	TOTAL FINAL
$ 2.325.050	$ 2.325.050	$ 2.325.050	$ 0	$ 372.400	$ 0	$ 0	$ 291.200	$ 162.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 826.000	$ 13.400	$ 839.400

Página 1 de 1

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

EXPERTOS en PILA

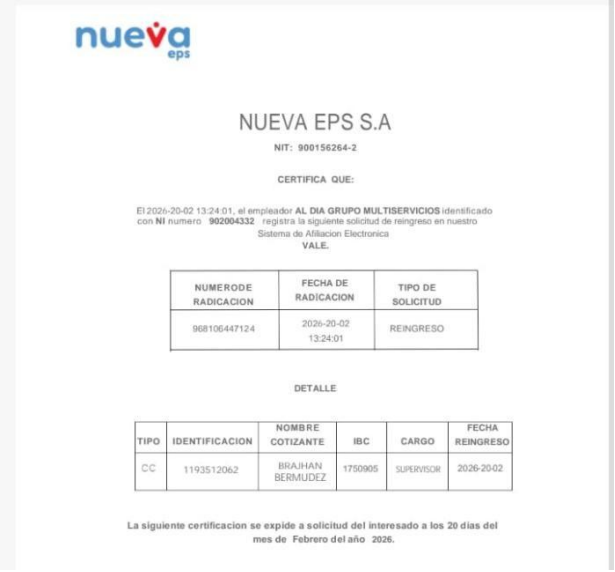


REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE AFILIACIÓN Y/O REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS - SAT

nueva eps

Powered by CamScanner



nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 2026-20-02 13:24:01, el empleador **AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS** identificado con **NI** numero **902004332** registra la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliacion Electronica
VALE.

NUMERODE RADICACION	FECHA DE RADICACION	TIPO DE SOLICITUD
968106447124	2026-20-02 13:24:01	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACION	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1193512062	BRAJHAN BERMUDEZ	1750905	SUPERVISOR	2026-20-02

La siguiente certificacion se expide a solicitud del interesado a los 20 dias del mes de Febrero del año 2026.



compensar

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 20 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1193512062
Nombre	: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ
Empresa/Contratante	: AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS SAS
Tipo Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 902004332
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/01/29
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/12/04
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a A QUIEN INTERESE y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código TxkuHfGuH

FOR-PDSE-0044

Vigilado Supersubsidio



porvenir sólo hay 3

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DIKLER GERMAN BARRAZA PAREJA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.047.035.863**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Noviembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:
En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por qué? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3 Filial de Grupo AVAL



ARL | sura

Medellín, 22 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1033707319	SALAZAR HERNANDEZ FREDY ARMANDO	23/02/2026		19724624	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios
Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/02/2026 15:00:25 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.215.135, 192.230.104.1, 172.16.42.57.



SaludTotal..

Bogotá, Febrero 18 de 2026

Señor:
ESTERILLA VALENCIA JUAN BAUTISTACC 609758
ECL. 67 BIS SUR No 1 7 - 096Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 18 de 1997. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ESTERILLA VALENCIA JUAN BAUTISTA	6097580	CC	Feb-20-2004	786	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS S.A.S	902004332	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

4

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ESTERILLA VALENCIA JUAN BAUTISTA** identificado(a) con **CC** número **6.097.580** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de febrero de 2016 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 08 de enero de 2026.

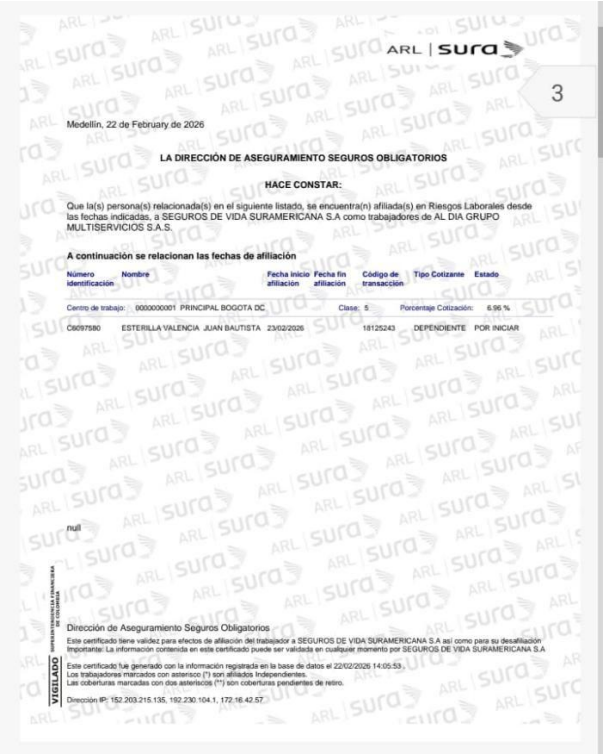
Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Pag. 1 de 1



ARL | sura

3

Medellín, 22 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C6097580	ESTERILLA VALENCIA JUAN BAUTISTA	23/02/2026		18125243	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/02/2026 14:05:53.
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.215.135, 192.230.104.1, 172.16.42.57.



Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **JAIR STAND DE ÁVILA** identificado(a) con **CC** número **1.043.693.729** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 10 de noviembre de 2025 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 20 de febrero de 2026.

Cordialmente

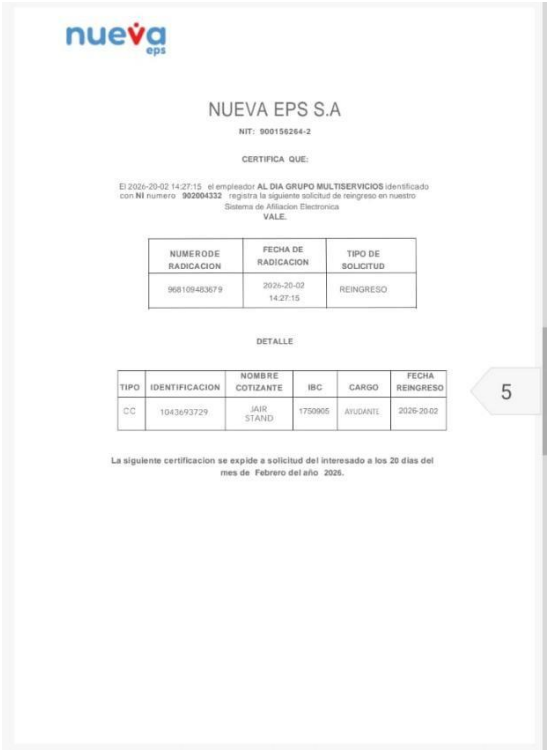
Cesar Mauricio Aubad Echeverry

Equipo Soporte para Clientes

7

***Importante: Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.**

***Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:**
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -
Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/



nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 2026-20-02 14:27:15 el empleador **AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS** identificado con **NI** numero **902004332** registra la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliacion Electronica
VALE.

NUMERODE RADICACION	FECHA DE RADICACION	TIPO DE SOLICITUD
96810983679	2026-20-02 14:27:15	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACION	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1043693729	JAIR STAND	1750905	AYUDANTE	2026-20-02

La siguiente certificacion se expide a solicitud del interesado a los 20 dias del mes de Febrero del año 2026.

5



ARL | sura

Medellín, 22 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1043693729	STAND DE AVILA JAIR	23/02/2026		11201471	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 22/02/2026 14:11:29 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.215.135, 192.230.104.1, 172.16.42.57



SaludTotal

Bogotá, Febrero 18 de 2026

Señor:
ESTEBAN LA VALENCIA JUAN BAUTISTACC 609758
6CL. 67 BIS SUR No 1 7 - 896Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Febrero 18 de 1997. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Tem cot	Tem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
ESTEBAN LA VALENCIA JUAN BAUTISTA	609758	1	Feb-06-2004	156	0	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS S.A.S	902004332	Usuario dependiente, con aportante beneficiario	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL



ARL | sura

Medellín, 20 de February de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL BOGOTA DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1089380365	VELASQUEZ SANCHEZ MIGUEL ANGEL	21/02/2026		24314423	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

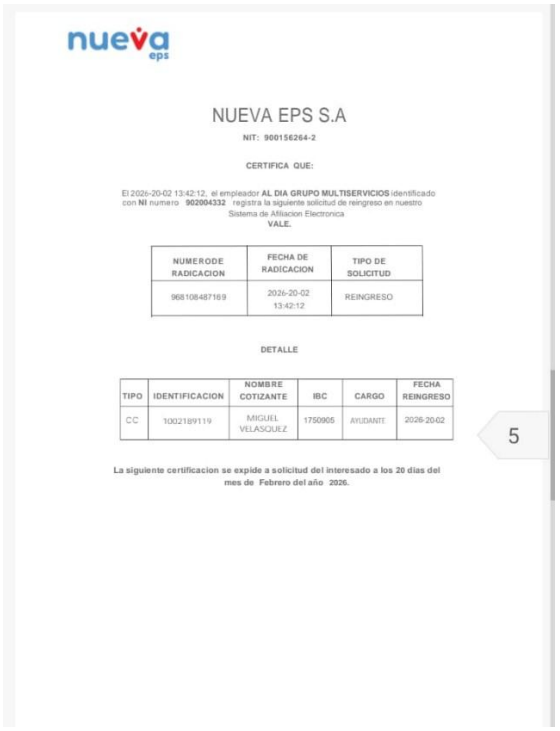
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 20/02/2026 14:39:17 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.28.188.141, 192.230.104.14, 172.16.42.57



nueva eps

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 2026-20-02 13:42:12, el empleador **AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS** identificado con **NI** numero **902004332** registra la siguiente solicitud de reingreso en nuestro Sistema de Afiliacion Electronica
VALE.

NUMERODE RADICACION	FECHA DE RADICACION	TIPO DE SOLICITUD
968108487169	2026-20-02 13:42:12	REINGRESO

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACION	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA REINGRESO
CC	1002189119	MIGUEL VELASQUEZ	1750905	AYUDANTE	2026-20-02

La siguiente certificacion se expide a solicitud del interesado a los 20 dias del mes de Febrero del año 2026.

5



ARL | sura

Medellín, 22 de Febrero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1043122842	BALCAZAR JIMENEZ JUAN DAVID	06/02/2026		celU4012	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

5

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C1193512062260345896

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 152.203.215.135, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

16.2.3 ACTIVIDADES DE INDUCCION

En el PERIODO se llevó a cabo las inducciones, personal nuevo en proyecto, se ejecutarán actividades de re inducción aquellos trabajadores que cumplan uno (1) año en el proyecto o con la organización GRUPO MULTISERVICIOS AL DIA, ejecutores de la organización H.A.H CONSTRUCCIONES SAS cuando sean reintegrados a la obra luego del levantamiento de suspensión o por accidente de trabajo que genere muchos días de incapacidad. En estas inducciones se dieron a conocer temas como la política de seguridad y salud en el trabajo, el reglamento de higiene y seguridad, los riesgos a los que se encuentran expuestos, las medidas de protección a los riesgos identificados, el programa de gestión ambiental, plan de emergencias, entre otros.

Como constancia de este requerimiento se anexan los registros concernientes, en los cuales se evidencia los trabajadores recibieron y aprobaron el proceso de inducción de acuerdo a lo mencionado.



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: FT-SST-032

ESTANDARES MINIMOS

FORMATO EVALUACION DE INDUCCION

VERSION: 2

FECHA: 18/11/2025

Aprobado por: Asesor SST | Autorizado por: Representante Legal | PAG 1 DE 1

EVALUACION INDUCCION SST

NOMBRE: Anghelo Yessid Arias Lesmes | CEDULA: 1.010.167.911

AREA/SECCION: | OFICIO: Ayudante Practico

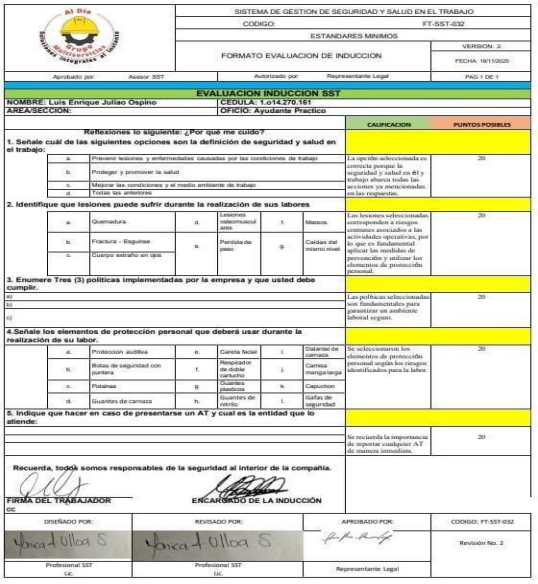
	CALIFICACION	PUNTOS POSIBLES
Reflexiones lo siguiente: ¿Por que me cuido?		
1. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo: a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo; b. Proteger y promover la salud; c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo; d. Todas las anteriores	La opción seleccionada es correcta porque la seguridad y salud en él y trabajo abarca todas las acciones ya mencionadas en las respuestas.	20
2. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores a. Quemadura; b. Fractura - Esguinse; c. Cuerpo extraño en ojos; d. Lesiones osteomuscul ares; e. Perdida de peso; f. Mareos; g. Caidas del mismo nivel	Las lesiones seleccionadas corresponden a riesgos comunes asociados a las actividades operativas, por lo que es fundamental aplicar las medidas de prevención y utilizar los elementos de protección personal.	20
3. Enumere Tres (3) politicas implementadas por la empresa y que usted debe cumplir. a) b) c)	Las políticas seleccionadas son fundamentales para garantizar un ambiente laboral seguro.	20
4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor. a. Proteccion auditiva; b. Botas de seguridad con puntera; c. Polainas; d. Guantes de carnaza; e. Careta facial; f. Respirador de doble cartucho; g. Guantes plasticos; h. Guantes de nitrilo; i. Dalantal de carnaza; j. Camisa manga larga; k. Capuchon; l. Gafas de seguridad	Se seleccionaron los elementos de protección personal segùn los riesgos identificados para la labor.	20
5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad que lo atiende:	Se recuerda la importancia de reportar cualquier AT de manera inmediata.	20

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR | ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

cc

DISEÑADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	CODIGO: FT-SST-032
Yonica Tulloa S.	Yonica Tulloa S.		Revisión No. 2
Profesional SST Lic.	Profesional SST Lic.	Representante Legal	



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: FT-SST-032

ESTANDARES MINIMOS

FORMATO EVALUACION DE INDUCCION

VERSION: 2

FECHA: 18/11/2025

Aprobado por: Asesor SST | Autorizado por: Representante Legal | PAG 1 DE 1

EVALUACION INDUCCION SST

NOMBRE: Luis Enrique Julíao Ospino | CEDULA: 1.014.270.161

AREA/SECCION: | OFICIO: Ayudante Practico

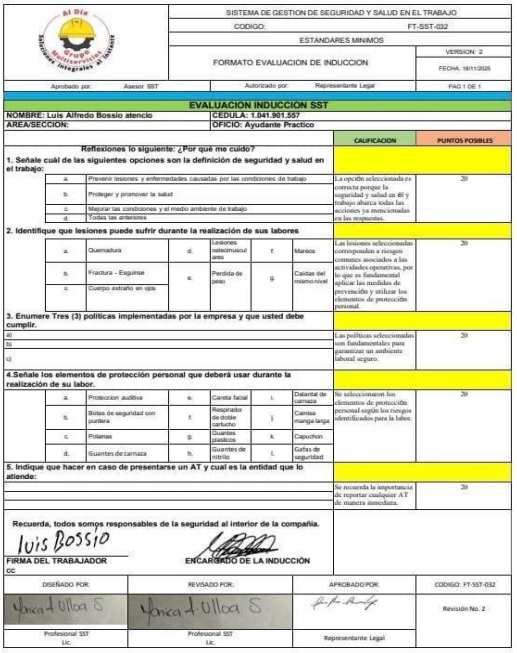
	CALIFICACION	PUNTOS POSIBLES
Reflexiones lo siguiente: ¿Por que me cuido?		
1. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo: a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo; b. Proteger y promover la salud; c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo; d. Todas las anteriores	La opción seleccionada es correcta porque la seguridad y salud en él y trabajo abarca todas las acciones ya mencionadas en las respuestas.	20
2. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores a. Quemadura; b. Fractura - Esguinse; c. Cuerpo extraño en ojos; d. Lesiones osteomuscul ares; e. Perdida de peso; f. Mareos; g. Caidas del mismo nivel	Las lesiones seleccionadas corresponden a riesgos comunes asociados a las actividades operativas, por lo que es fundamental aplicar las medidas de prevención y utilizar los elementos de protección personal.	20
3. Enumere Tres (3) politicas implementadas por la empresa y que usted debe cumplir. a) b) c)	Las políticas seleccionadas son fundamentales para garantizar un ambiente laboral seguro.	20
4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor. a. Proteccion auditiva; b. Botas de seguridad con puntera; c. Polainas; d. Guantes de carnaza; e. Careta facial; f. Respirador de doble cartucho; g. Guantes plasticos; h. Guantes de nitrilo; i. Dalantal de carnaza; j. Camisa manga larga; k. Capuchon; l. Gafas de seguridad	Se seleccionaron los elementos de protección personal segùn los riesgos identificados para la labor.	20
5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad que lo atiende:	Se recuerda la importancia de reportar cualquier AT de manera inmediata.	20

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR | ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

cc

DISEÑADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	CODIGO: FT-SST-032
Yonica Tulloa S.	Yonica Tulloa S.		Revisión No. 2
Profesional SST Lic.	Profesional SST Lic.	Representante Legal	



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CODIGO: FT-SST-032
ESTANDARES MINIMOS
FORMATO EVALUACION DE INDUCCION
VERSION: 2
FECHA: 18/11/2025
Aprobado por: Asesor SST | Autorizado por: Representante Legal | PAG 1 DE 1

EVALUACION INDUCCION SST

NOMBRE: Luis Alfredo Bossio atencio | CEDULA: 1.041.901.557
AREA/SECCION: | OFICIO: Ayudante Practico

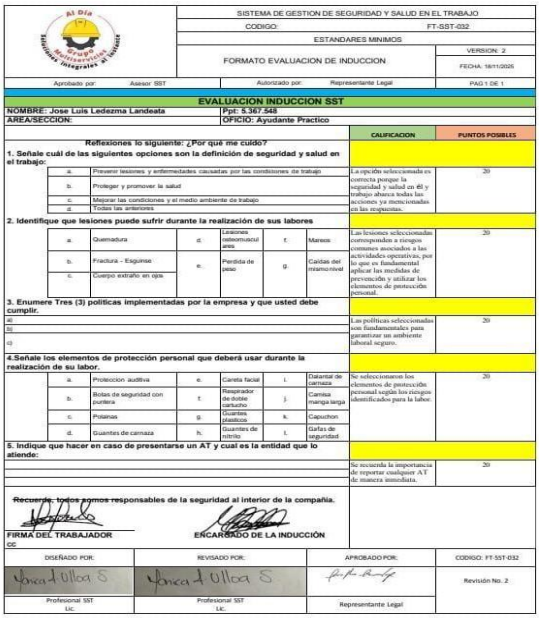
Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

	CALIFICACION	PUNTOS POSIBLES
1. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:		
a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo b. Proteger y promover la salud c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo d. Todas las anteriores	La opción seleccionada es correcta porque la seguridad y salud en él y trabajo abarca todas las acciones ya mencionadas en las respuestas.	20
2. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores		
a. Quemadura; b. Fractura - Esguinse; c. Cuerpo extraño en ojos; d. Lesiones osteomuscul ares; e. Perdida de peso; f. Mareos; g. Caidas del mismo nivel	Las lesiones seleccionadas corresponden a riesgos comunes asociados a las actividades operativas, por lo que es fundamental aplicar las medidas de prevención y utilizar los elementos de protección personal.	20
3. Enumere Tres (3) politicas implementadas por la empresa y que usted debe cumplir. a) b) c)	Las políticas seleccionadas son fundamentales para garantizar un ambiente laboral seguro.	20
4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.		
a. Proteccion auditiva; b. Botas de seguridad con puntera; c. Polainas; d. Guantes de carnaza; e. Careta facial; f. Respirador de doble cartucho; g. Guantes plasticos; h. Guantes de nitrilo; i. Dalantal de carnaza; j. Camisa manga larga; k. Capuchon; l. Gafas de seguridad	Se seleccionaron los elementos de protección personal según los riesgos identificados para la labor.	20
5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad que lo atiende:	Se recuerda la importancia de reportar cualquier AT de manera inmediata.	20

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR CC | ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

DISEÑADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	CODIGO: FT-SST-032
Profesional SST Lic.	Profesional SST Lic.	Representante Legal	Revisión No. 2



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CODIGO: FT-SST-032
ESTANDARES MINIMOS
FORMATO EVALUACION DE INDUCCION
VERSION: 2
FECHA: 18/11/2025
Aprobado por: Asesor SST | Autorizado por: Representante Legal | PAG 1 DE 1

EVALUACION INDUCCION SST

NOMBRE: Jose Luis Ledezma Landeata | Ppt: 5.367.548
AREA/SECCION: | OFICIO: Ayudante Practico

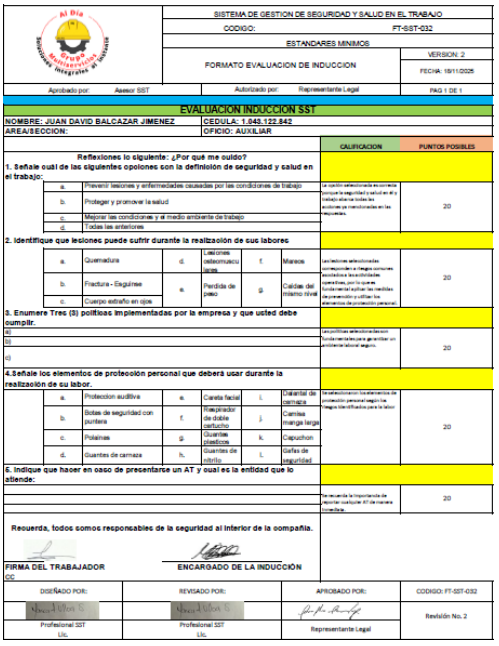
Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

	CALIFICACION	PUNTOS POSIBLES
1. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:		
a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo b. Proteger y promover la salud c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo d. Todas las anteriores	La opción seleccionada es correcta porque la seguridad y salud en él y trabajo abarca todas las acciones ya mencionadas en las respuestas.	20
2. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores		
a. Quemadura; b. Fractura - Esguinse; c. Cuerpo extraño en ojos; d. Lesiones osteomuscul ares; e. Perdida de peso; f. Mareos; g. Caidas del mismo nivel	Las lesiones seleccionadas corresponden a riesgos comunes asociados a las actividades operativas, por lo que es fundamental aplicar las medidas de prevención y utilizar los elementos de protección personal.	20
3. Enumere Tres (3) politicas implementadas por la empresa y que usted debe cumplir. a) b) c)	Las políticas seleccionadas son fundamentales para garantizar un ambiente laboral seguro.	20
4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.		
a. Proteccion auditiva; b. Botas de seguridad con puntera; c. Polainas; d. Guantes de carnaza; e. Careta facial; f. Respirador de doble cartucho; g. Guantes plasticos; h. Guantes de nitrilo; i. Dalantal de carnaza; j. Camisa manga larga; k. Capuchon; l. Gafas de seguridad	Se seleccionaron los elementos de protección personal según los riesgos identificados para la labor.	20
5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad que lo atiende:	Se recuerda la importancia de reportar cualquier AT de manera inmediata.	20

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR CC | ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

DISEÑADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	CODIGO: FT-SST-032
Profesional SST Lic.	Profesional SST Lic.	Representante Legal	Revisión No. 2



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CODIGO: FT-SST-032
ESTANDARES MINIMOS
FORMATO EVALUACION DE INDUCCION
VERSION: 2
FECHA: 18/11/2025
Aprobado por: Asesor SST | Autorizado por: Representante Legal | PAG 1 DE 1

EVALUACION INDUCCION SST

NOMBRE: JUAN DAVID BALCAZAR JIMENEZ | CEDULA: 1.043.122.842
AREA/SECCION: | OFICIO: AUXILIAR

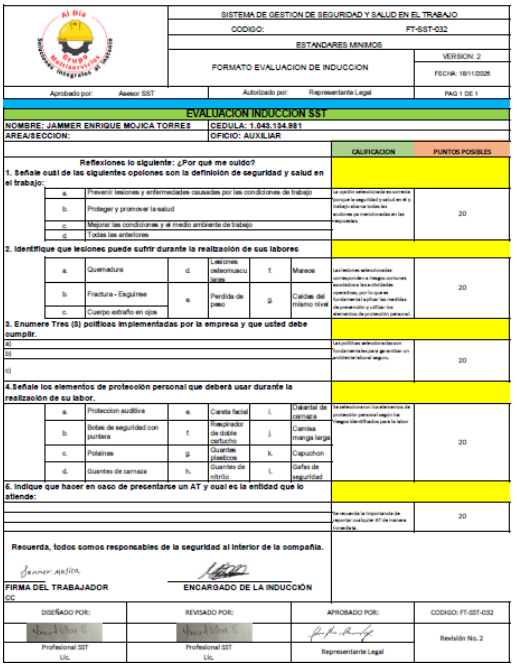
Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

	CALIFICACION	PUNTOS POSIBLES
1. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:		
a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo b. Proteger y promover la salud c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo d. Todas las anteriores	La opción seleccionada es correcta porque la seguridad y salud en él y trabajo abarca todas las acciones ya mencionadas en las respuestas.	20
2. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores		
a. Quemadura; b. Fractura - Esguinse; c. Cuerpo extraño en ojos; d. Lesiones osteomuscu lares; e. Perdida de peso; f. Mareos; g. Caidas del mismo nivel	Las lesiones seleccionadas corresponden a riesgos comunes asociados a las actividades operativas, por lo que es fundamental aplicar las medidas de prevención y utilizar los elementos de protección personal.	20
3. Enumere Tres (3) politicas implementadas por la empresa y que usted debe cumplir. a) b) c)	Las políticas seleccionadas son fundamentales para garantizar un ambiente laboral seguro.	20
4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.		
a. Proteccion auditiva; b. Botas de seguridad con puntera; c. Polainas; d. Guantes de carnaza; e. Careta facial; f. Respirador de doble cartucho; g. Guantes plasticos; h. Guantes de nitrilo; i. Dalantal de carnaza; j. Camisa manga larga; k. Capuchon; l. Gafas de seguridad	Se seleccionaron los elementos de protección personal según los riesgos identificados para la labor.	20
5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad que lo atiende:	Se recuerda la importancia de reportar cualquier AT de manera inmediata.	20

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR CC | ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

DISEÑADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	CODIGO: FT-SST-032
Profesional SST Lic.	Profesional SST Lic.	Representante Legal	Revisión No. 2



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
CODIGO: FT-SST-032
ESTANDARES MINIMOS
FORMATO EVALUACION DE INDUCCION
VERSION: 2
FECHA: 18/11/2025
Aprobado por: Asesor SST | Autorizado por: Representante Legal | PAG 1 DE 1

EVALUACION INDUCCION SST

NOMBRE: JAMMER ENRIQUE MOJICA TORRES | CEDULA: 1.043.134.981
AREA/SECCION: | OFICIO: AUXILIAR

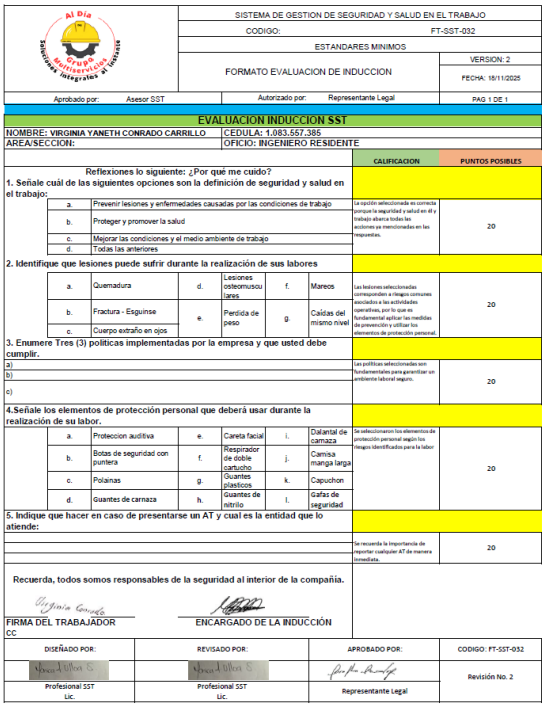
Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?

	CALIFICACION	PUNTOS POSIBLES
1. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:		
a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo b. Proteger y promover la salud c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo d. Todas las anteriores	La opción seleccionada es correcta porque la seguridad y salud en él y trabajo abarca todas las acciones ya mencionadas en las respuestas.	20
2. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores		
a. Quemadura; b. Fractura - Esguinse; c. Cuerpo extraño en ojos; d. Lesiones osteomuscu lares; e. Perdida de peso; f. Mareos; g. Caidas del mismo nivel	Las lesiones seleccionadas corresponden a riesgos comunes asociados a las actividades operativas, por lo que es fundamental aplicar las medidas de prevención y utilizar los elementos de protección personal.	20
3. Enumere Tres (3) politicas implementadas por la empresa y que usted debe cumplir. a) b) c)	Las políticas seleccionadas son fundamentales para garantizar un ambiente laboral seguro.	20
4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.		
a. Proteccion auditiva; b. Botas de seguridad con puntera; c. Polainas; d. Guantes de carnaza; e. Careta facial; f. Respirador de doble cartucho; g. Guantes plasticos; h. Guantes de nitrilo; i. Dalantal de carnaza; j. Camisa manga larga; k. Capuchon; l. Gafas de seguridad	Se seleccionaron los elementos de protección personal según los riesgos identificados para la labor.	20
5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad que lo atiende:	Se recuerda la importancia de reportar cualquier AT de manera inmediata.	20

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR CC | ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

DISEÑADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	CODIGO: FT-SST-032
Profesional SST Lic.	Profesional SST Lic.	Representante Legal	Revisión No. 2



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: FT-SST-032

ESTANDARES MINIMOS

FORMATO EVALUACION DE INDUCCION — VERSION: 2 — FECHA: 18/11/2025

Aprobado por: Asesor SST | Autorizado por: Representante Legal | PAG 1 DE 1

EVALUACION INDUCCION SST

NOMBRE: VIRGINIA YANETH CONRADO CARRILLO | CEDULA: 1.083.557.385

AREA/SECCION: | OFICIO: INGENIERO RESIDENTE

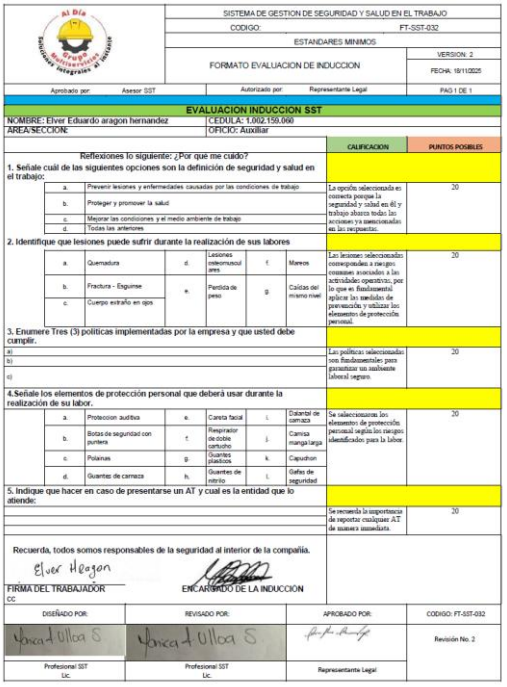
	CALIFICACION	PUNTOS POSIBLES
Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?		
1. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:		
a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo b. Proteger y promover la salud c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo d. Todas las anteriores	La opción seleccionada es correcta porque la seguridad y salud en él y trabajo abarca todas las acciones ya mencionadas en las respuestas.	20
2. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores		
a. Quemadura; d. Lesiones osteomusculares; f. Mareos b. Fractura - Esguinse; e. Perdida de peso; g. Caidas del mismo nivel c. Cuerpo extraño en ojos	Las lesiones seleccionadas corresponden a riesgos comunes asociados a las actividades operativas, por lo que es fundamental aplicar las medidas de prevención y utilizar los elementos de protección personal.	20
3. Enumere Tres (3) políticas implementadas por la empresa y que usted debe cumplir. a) b) c)	Las políticas seleccionadas son fundamentales para garantizar un ambiente laboral seguro.	20
4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.		
a. Proteccion auditiva; e. Careta facial; i. Dalantal de camaza b. Botas de seguridad con puntera; f. Respirador de doble cartucho; j. Camisa manga larga c. Polainas; g. Guantes plasticos; k. Capuchon d. Guantes de carnaza; h. Guantes de nitrilo; l. Gafas de seguridad	Se seleccionaron los elementos de protección personal según los riesgos identificados para la labor	20
5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad que lo atiende:	Se recuerda la importancia de reportar cualquier AT de manera inmediata.	20

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR — CC

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

DISEÑADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	CODIGO: FT-SST-032
Profesional SST Lic.	Profesional SST Lic.	Representante Legal	Revisión No. 2



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: FT-SST-032

ESTANDARES MINIMOS

FORMATO EVALUACION DE INDUCCION — VERSION: 2 — FECHA: 18/11/2025

Aprobado por: Asesor SST | Autorizado por: Representante Legal | PAG 1 DE 1

EVALUACION INDUCCION SST

NOMBRE: Elver Eduardo aragon hernandez | CEDULA: 1.002.159.060

AREA/SECCION: | OFICIO: Auxiliar

	CALIFICACION	PUNTOS POSIBLES
Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?		
1. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:		
a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo b. Proteger y promover la salud c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo d. Todas las anteriores	La opción seleccionada es correcta porque la seguridad y salud en él y trabajo abarca todas las acciones ya mencionadas en las respuestas.	20
2. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores		
a. Quemadura; d. Lesiones osteomusculares; f. Mareos b. Fractura - Esguinse; e. Perdida de peso; g. Caidas del mismo nivel c. Cuerpo extraño en ojos	Las lesiones seleccionadas corresponden a riesgos comunes asociados a las actividades operativas, por lo que es fundamental aplicar las medidas de prevención y utilizar los elementos de protección personal.	20
3. Enumere Tres (3) políticas implementadas por la empresa y que usted debe cumplir. a) b) c)	Las políticas seleccionadas son fundamentales para garantizar un ambiente laboral seguro.	20
4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.		
a. Proteccion auditiva; e. Careta facial; i. Dalantal de camaza b. Botas de seguridad con puntera; f. Respirador de doble cartucho; j. Camisa manga larga c. Polainas; g. Guantes plasticos; k. Capuchon d. Guantes de carnaza; h. Guantes de nitrilo; l. Gafas de seguridad	Se seleccionaron los elementos de protección personal según los riesgos identificados para la labor	20
5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad que lo atiende:	Se recuerda la importancia de reportar cualquier AT de manera inmediata.	20

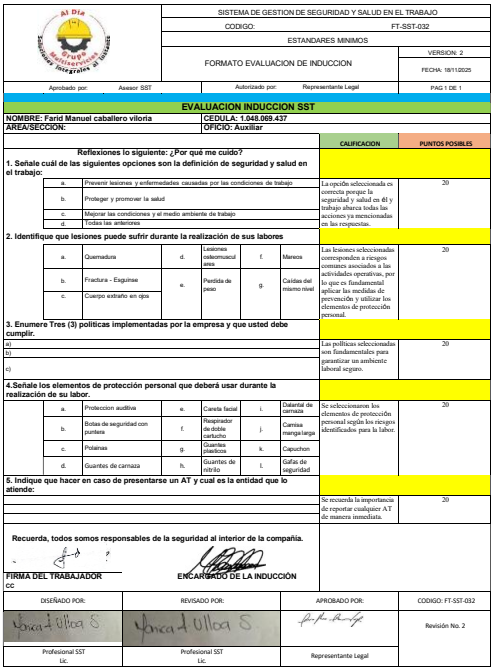
Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

Elver Eduardo Aragon

FIRMA DEL TRABAJADOR — CC

ENCARGADO DE LA INDUCCION

DISEÑADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	CODIGO: FT-SST-032
Profesional SST Lic.	Profesional SST Lic.	Representante Legal	Revisión No. 2



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: FT-SST-032

ESTANDARES MINIMOS

FORMATO EVALUACION DE INDUCCION — VERSION: 2 — FECHA: 18/11/2025

Aprobado por: Asesor SST | Autorizado por: Representante Legal | PAG 1 DE 1

EVALUACION INDUCCION SST

NOMBRE: Farid Manuel caballero viloria | CEDULA: 1.048.069.437

AREA/SECCION: | OFICIO: Auxiliar

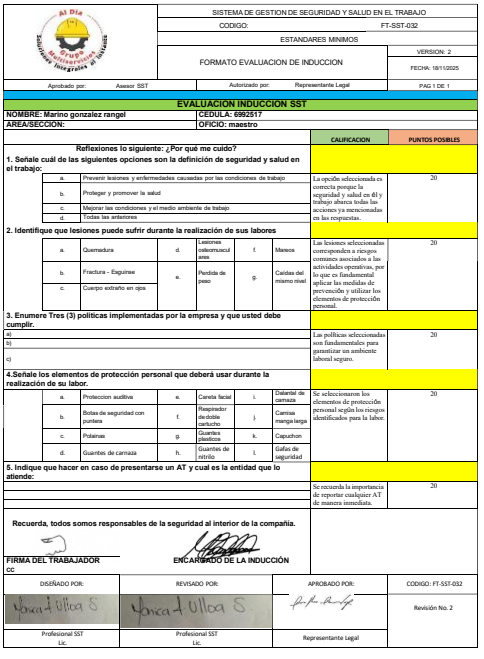
	CALIFICACION	PUNTOS POSIBLES
Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?		
1. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:		
a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo b. Proteger y promover la salud c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo d. Todas las anteriores	La opción seleccionada es correcta porque la seguridad y salud en él y trabajo abarca todas las acciones ya mencionadas en las respuestas.	20
2. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores		
a. Quemadura; d. Lesiones osteomusculares; f. Mareos b. Fractura - Esguinse; e. Perdida de peso; g. Caidas del mismo nivel c. Cuerpo extraño en ojos	Las lesiones seleccionadas corresponden a riesgos comunes asociados a las actividades operativas, por lo que es fundamental aplicar las medidas de prevención y utilizar los elementos de protección personal.	20
3. Enumere Tres (3) políticas implementadas por la empresa y que usted debe cumplir. a) b) c)	Las políticas seleccionadas son fundamentales para garantizar un ambiente laboral seguro.	20
4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.		
a. Proteccion auditiva; e. Careta facial; i. Dalantal de camaza b. Botas de seguridad con puntera; f. Respirador de doble cartucho; j. Camisa manga larga c. Polainas; g. Guantes plasticos; k. Capuchon d. Guantes de carnaza; h. Guantes de nitrilo; l. Gafas de seguridad	Se seleccionaron los elementos de protección personal según los riesgos identificados para la labor	20
5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad que lo atiende:	Se recuerda la importancia de reportar cualquier AT de manera inmediata.	20

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR — CC

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

DISEÑADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	CODIGO: FT-SST-032
Profesional SST Lic.	Profesional SST Lic.	Representante Legal	Revisión No. 2



SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

CODIGO: FT-SST-032

ESTANDARES MINIMOS

FORMATO EVALUACION DE INDUCCION — VERSION: 2 — FECHA: 18/11/2025

Aprobado por: Asesor SST | Autorizado por: Representante Legal | PAG 1 DE 1

EVALUACION INDUCCION SST

NOMBRE: Marino gonzalez rangel | CEDULA: 6992617

AREA/SECCION: | OFICIO: maestro

	CALIFICACION	PUNTOS POSIBLES
Reflexiones lo siguiente: ¿Por qué me cuido?		
1. Señale cuál de las siguientes opciones son la definición de seguridad y salud en el trabajo:		
a. Prevenir lesiones y enfermedades causadas por las condiciones de trabajo b. Proteger y promover la salud c. Mejorar las condiciones y el medio ambiente de trabajo d. Todas las anteriores	La opción seleccionada es correcta porque la seguridad y salud en él y trabajo abarca todas las acciones ya mencionadas en las respuestas.	20
2. Identifique que lesiones puede sufrir durante la realización de sus labores		
a. Quemadura; d. Lesiones osteomusculares; f. Mareos b. Fractura - Esguinse; e. Perdida de peso; g. Caidas del mismo nivel c. Cuerpo extraño en ojos	Las lesiones seleccionadas corresponden a riesgos comunes asociados a las actividades operativas, por lo que es fundamental aplicar las medidas de prevención y utilizar los elementos de protección personal.	20
3. Enumere Tres (3) políticas implementadas por la empresa y que usted debe cumplir. a) b) c)	Las políticas seleccionadas son fundamentales para garantizar un ambiente laboral seguro.	20
4.Señale los elementos de protección personal que deberá usar durante la realización de su labor.		
a. Proteccion auditiva; e. Careta facial; i. Dalantal de camaza b. Botas de seguridad con puntera; f. Respirador de doble cartucho; j. Camisa manga larga c. Polainas; g. Guantes plasticos; k. Capuchon d. Guantes de carnaza; h. Guantes de nitrilo; l. Gafas de seguridad	Se seleccionaron los elementos de protección personal según los riesgos identificados para la labor	20
5. Indique que hacer en caso de presentarse un AT y cual es la entidad que lo atiende:	Se recuerda la importancia de reportar cualquier AT de manera inmediata.	20

Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la compañía.

FIRMA DEL TRABAJADOR — CC

ENCARGADO DE LA INDUCCIÓN

DISEÑADO POR:	REVISADO POR:	APROBADO POR:	CODIGO: FT-SST-032
Profesional SST Lic.	Profesional SST Lic.	Representante Legal	Revisión No. 2

16.2.4 ENTREGA DE DOTACIÓN Y EPP

Durante el PERIODO se suministró dotación y elementos de protección personal, como el casco,



Código: THF-01 Versión: 01 Vigencia: 2020-06-17

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CEDULA:	CARGO:
LUIS ENRIQUE JULIAO OSPINO	1.014.270.161	AYUDANTE PRACTICO
AREA:		**FECHA DE ENTREGA:**
OBRA CIVIL		18/11/2025

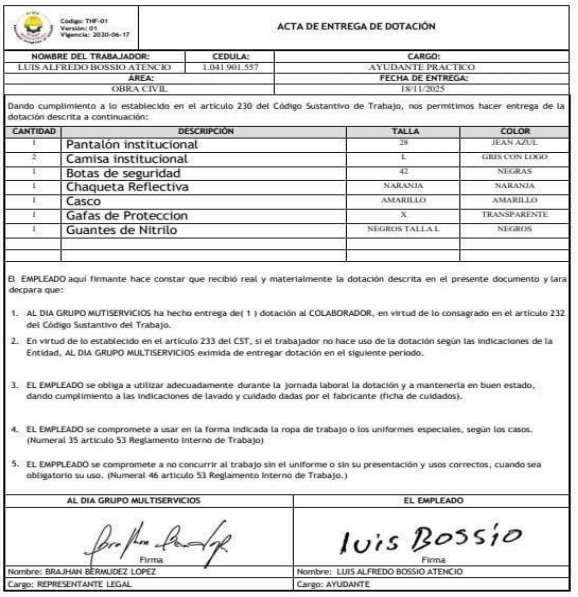
Dando cumplimiento a lo establecido en el articulo 230 del Código Sustantivo de Trabajo, nos permitimos hacer entrega de la dotación descrita a continuación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
1	Pantalón institucional	32	JEAN AZUL
2	Camisa institucional	L	GRIS CON LOGO
1	Botas de seguridad	40	NEGRAS
1	Chaqueta Reflectiva	NARANJA	NARANJA
1	Casco	AMARILLO	AMARILLO
1	Gafas de Proteccion	X	TRANSPARENTE
1	Guantes de Nitrilo	NEGROS TALLA L	NEGROS

El EMPLEADO aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente la dotación descrita en el presente documento y lara decpara que:

1. AL DIA GRUPO MUTISERVICIOS ha hecho entrega de(1) dotación al COLABORADOR, en virtud de lo consagrado en el articulo 232 del Código Sustantivo del Trabajo.
2. En virtud de lo establecido en el articulo 233 del CST, si el trabajador no hace uso de la dotación según las indicaciones de la Entidad, AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS eximida de entregar dotación en el siguiente periodo.
3. EL EMPLEADO se obliga a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y a mantenerla en buen estado, dando cumplimiento a las indicaciones de lavado y cuidado dadas por el fabricante (ficha de cuidados).
4. EL EMPLEADO se compromete a usar en la forma indicada la ropa de trabajo o los uniformes especiales, según los casos. (Numeral 35 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo)
5. EL EMPPLEADO se compromete a no concurrir al trabajo sin el uniforme o sin su presentación y usos correctos, cuando sea obligatorio su uso. (Numeral 46 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo.)

AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	EL EMPLEADO
Firma	Firma
Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ	Nombre: LUIS ENRIQUE JULIAO OSPINO
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL	Cargo: AYUDANTE



Código: THF-01 Versión: 01 Vigencia: 2020-06-17

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CEDULA:	CARGO:
LUIS ALFREDO BOSSIO ATENCIO	1.041.901.557	AYUDANTE PRACTICO
AREA:		**FECHA DE ENTREGA:**
OBRA CIVIL		18/11/2025

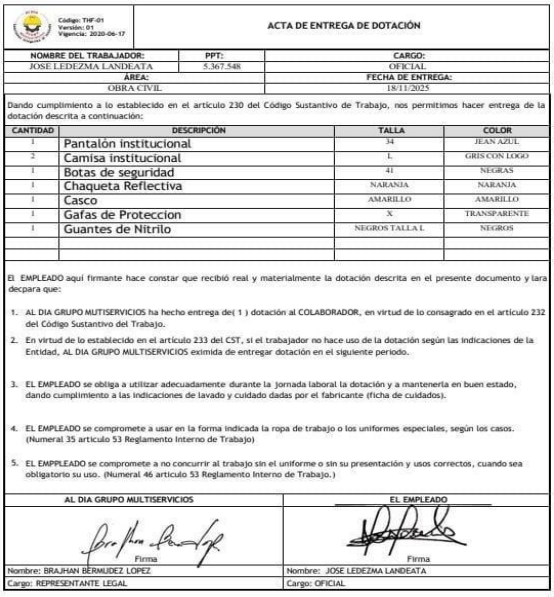
Dando cumplimiento a lo establecido en el articulo 230 del Código Sustantivo de Trabajo, nos permitimos hacer entrega de la dotación descrita a continuación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
1	Pantalón institucional	28	JEAN AZUL
2	Camisa institucional	L	GRIS CON LOGO
1	Botas de seguridad	42	NEGRAS
1	Chaqueta Reflectiva	NARANJA	NARANJA
1	Casco	AMARILLO	AMARILLO
1	Gafas de Proteccion	X	TRANSPARENTE
1	Guantes de Nitrilo	NEGROS TALLA L	NEGROS

El EMPLEADO aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente la dotación descrita en el presente documento y lara decpara que:

1. AL DIA GRUPO MUTISERVICIOS ha hecho entrega de(1) dotación al COLABORADOR, en virtud de lo consagrado en el articulo 232 del Código Sustantivo del Trabajo.
2. En virtud de lo establecido en el articulo 233 del CST, si el trabajador no hace uso de la dotación según las indicaciones de la Entidad, AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS eximida de entregar dotación en el siguiente periodo.
3. EL EMPLEADO se obliga a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y a mantenerla en buen estado, dando cumplimiento a las indicaciones de lavado y cuidado dadas por el fabricante (ficha de cuidados).
4. EL EMPLEADO se compromete a usar en la forma indicada la ropa de trabajo o los uniformes especiales, según los casos. (Numeral 35 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo)
5. EL EMPPLEADO se compromete a no concurrir al trabajo sin el uniforme o sin su presentación y usos correctos, cuando sea obligatorio su uso. (Numeral 46 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo.)

AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	EL EMPLEADO
Firma	Luis Bossio Firma
Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ	Nombre: LUIS ALFREDO BOSSIO ATENCIO
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL	Cargo: AYUDANTE



Código: THF-01 Versión: 01 Vigencia: 2020-06-17

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	PPT:	CARGO:
JOSE LEDEZMA LANDEATA	5.367.548	OFICIAL
AREA:		**FECHA DE ENTREGA:**
OBRA CIVIL		18/11/2025

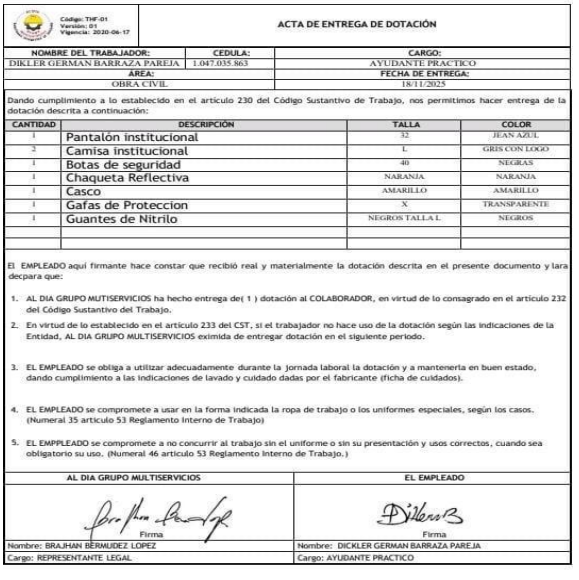
Dando cumplimiento a lo establecido en el articulo 230 del Código Sustantivo de Trabajo, nos permitimos hacer entrega de la dotación descrita a continuación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
1	Pantalón institucional	34	JEAN AZUL
2	Camisa institucional	L	GRIS CON LOGO
1	Botas de seguridad	41	NEGRAS
1	Chaqueta Reflectiva	NARANJA	NARANJA
1	Casco	AMARILLO	AMARILLO
1	Gafas de Proteccion	X	TRANSPARENTE
1	Guantes de Nitrilo	NEGROS TALLA L	NEGROS

El EMPLEADO aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente la dotación descrita en el presente documento y lara decpara que:

1. AL DIA GRUPO MUTISERVICIOS ha hecho entrega de(1) dotación al COLABORADOR, en virtud de lo consagrado en el articulo 232 del Código Sustantivo del Trabajo.
2. En virtud de lo establecido en el articulo 233 del CST, si el trabajador no hace uso de la dotación según las indicaciones de la Entidad, AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS eximida de entregar dotación en el siguiente periodo.
3. EL EMPLEADO se obliga a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y a mantenerla en buen estado, dando cumplimiento a las indicaciones de lavado y cuidado dadas por el fabricante (ficha de cuidados).
4. EL EMPLEADO se compromete a usar en la forma indicada la ropa de trabajo o los uniformes especiales, según los casos. (Numeral 35 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo)
5. EL EMPPLEADO se compromete a no concurrir al trabajo sin el uniforme o sin su presentación y usos correctos, cuando sea obligatorio su uso. (Numeral 46 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo.)

AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	EL EMPLEADO
Firma	Firma
Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ	Nombre: JOSE LEDEZMA LANDEATA
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL	Cargo: OFICIAL



Código: THF-01 Versión: 01 Vigencia: 2020-06-17

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CEDULA:	CARGO:
DIKLER GERMAN BARRAZA PAREJA	1.047.035.863	AYUDANTE PRACTICO
AREA:		**FECHA DE ENTREGA:**
OBRA CIVIL		18/11/2025

Dando cumplimiento a lo establecido en el articulo 230 del Código Sustantivo de Trabajo, nos permitimos hacer entrega de la dotación descrita a continuación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
1	Pantalón institucional	32	JEAN AZUL
2	Camisa institucional	L	GRIS CON LOGO
1	Botas de seguridad	40	NEGRAS
1	Chaqueta Reflectiva	NARANJA	NARANJA
1	Casco	AMARILLO	AMARILLO
1	Gafas de Proteccion	X	TRANSPARENTE
1	Guantes de Nitrilo	NEGROS TALLA L	NEGROS

El EMPLEADO aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente la dotación descrita en el presente documento y lara decpara que:

1. AL DIA GRUPO MUTISERVICIOS ha hecho entrega de(1) dotación al COLABORADOR, en virtud de lo consagrado en el articulo 232 del Código Sustantivo del Trabajo.
2. En virtud de lo establecido en el articulo 233 del CST, si el trabajador no hace uso de la dotación según las indicaciones de la Entidad, AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS eximida de entregar dotación en el siguiente periodo.
3. EL EMPLEADO se obliga a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y a mantenerla en buen estado, dando cumplimiento a las indicaciones de lavado y cuidado dadas por el fabricante (ficha de cuidados).
4. EL EMPLEADO se compromete a usar en la forma indicada la ropa de trabajo o los uniformes especiales, según los casos. (Numeral 35 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo)
5. EL EMPPLEADO se compromete a no concurrir al trabajo sin el uniforme o sin su presentación y usos correctos, cuando sea obligatorio su uso. (Numeral 46 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo.)

AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	EL EMPLEADO
Firma	Firma
Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ	Nombre: DICKLER GERMAN BARRAZA PAREJA
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL	Cargo: AYUDANTE PRACTICO

Código: THF-01
Versión: 01
Vigencia: 2020-06-17

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CEDULA:	CARGO:
VIRGINIA YANETH CONRADO CARRILLO	1.083.557.385	INGENIERO RESIDENTE
AREA:		**FECHA DE ENTREGA:**
OBRA CIVIL		8/01/2026

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 230 del Código Sustantivo de Trabajo, nos permitimos hacer entrega de la dotación descrita a continuación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
1	Pantalón institucional	8	JEAN AZUL
2	Camisa institucional	S	GRIS CON LOGO
1	Botas de seguridad	36	NEGRAS
1	Chaqueta Reflectiva	NARANJA	NARANJA
1	Casco	BLANCO	AMARILLO
1	Gafas de Proteccion	X	TRANSPARENTE
1	Guantes de Nitrilo		

El EMPLEADO aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente la dotación descrita en el presente documento y lara decpara que:

1. AL DIA GRUPO MUTISERVICIOS ha hecho entrega de (1) dotación al COLABORADOR, en virtud de lo consagrado en el artículo 232 del Código Sustantivo del Trabajo.
2. En virtud de lo establecido en el artículo 233 del CST, si el trabajador no hace uso de la dotación según las indicaciones de la Entidad, AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS eximida de entregar dotación en el siguiente periodo.
3. EL EMPLEADO se obliga a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y a mantenerla en buen estado, dando cumplimiento a las indicaciones de lavado y cuidado dadas por el fabricante (ficha de cuidados).
4. EL EMPLEADO se compromete a usar en la forma indicada la ropa de trabajo o los uniformes especiales, según los casos. (Numeral 35 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo)
5. EL EMPPLEADO se compromete a no concurrir al trabajo sin el uniforme o sin su presentación y usos correctos, cuando sea obligatorio su uso. (Numeral 46 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo.)

AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	EL EMPLEADO
Firma	Firma
Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ	Nombre: VIRGINIA YANETH CONRADO CARRILLO
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL	Cargo: INGENIERO RESIDENTE

Código: THF-01
Versión: 01
Vigencia: 2020-06-17

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CEDULA:	CARGO:
FARID MANUEL CABALLERO VILORIA	1.1048.069.437	AUXILIAR
AREA:		**FECHA DE ENTREGA:**
OBRA CIVIL		27/03/2026

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 230 del Código Sustantivo de Trabajo, nos permitimos hacer entrega de la dotación descrita a continuación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
1	Pantalón institucional	32	JEAN AZUL
2	Camisa institucional	L	GRIS CON LOGO
1	Botas de seguridad	39	NEGRAS
1	Chaqueta Reflectiva	NARANJA	NARANJA
1	Casco	AMARILLO	AMARILLO
1	Gafas de Proteccion	X	TRANSPARENTE
1	Guantes de Nitrilo	NEGROS TALLA L	NEGROS

El EMPLEADO aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente la dotación descrita en el presente documento y lara decpara que:

1. AL DIA GRUPO MUTISERVICIOS ha hecho entrega de(1) dotación al COLABORADOR, en virtud de lo consagrado en el artículo 232 del Código Sustantivo del Trabajo.
2. En virtud de lo establecido en el artículo 233 del CST, si el trabajador no hace uso de la dotación según las indicaciones de la Entidad, AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS eximida de entregar dotación en el siguiente periodo.
3. EL EMPLEADO se obliga a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y a mantenerla en buen estado, dando cumplimiento a las indicaciones de lavado y cuidado dadas por el fabricante (ficha de cuidados).
4. EL EMPLEADO se compromete a usar en la forma indicada la ropa de trabajo o los uniformes especiales, según los casos. (Numeral 35 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo)
5. EL EMPPLEADO se compromete a no concurrir al trabajo sin el uniforme o sin su presentación y usos correctos, cuando sea obligatorio su uso. (Numeral 46 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo.)

AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	EL EMPLEADO
Firma	Firma
Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ	Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL	Cargo: SUPERVISOR GENERAL

Código: THF-01
Versión: 01
Vigencia: 2020-06-17

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CEDULA:	CARGO:
ELVER EDUARDO ARAGON HERNANDEZ	1.002.159.060	AUXILIAR
AREA:		**FECHA DE ENTREGA:**
OBRA CIVIL		27/03/2026

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 230 del Código Sustantivo de Trabajo, nos permitimos hacer entrega de la dotación descrita a continuación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
1	Pantalón institucional	32	JEAN AZUL
2	Camisa institucional	L	GRIS CON LOGO
1	Botas de seguridad	39	NEGRAS
1	Chaqueta Reflectiva	NARANJA	NARANJA
1	Casco	AMARILLO	AMARILLO
1	Gafas de Proteccion	X	TRANSPARENTE
1	Guantes de Nitrilo	NEGROS TALLA L	NEGROS

El EMPLEADO aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente la dotación descrita en el presente documento y lara decpara que:

1. AL DIA GRUPO MUTISERVICIOS ha hecho entrega de(1) dotación al COLABORADOR, en virtud de lo consagrado en el artículo 232 del Código Sustantivo del Trabajo.
2. En virtud de lo establecido en el artículo 233 del CST, si el trabajador no hace uso de la dotación según las indicaciones de la Entidad, AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS eximida de entregar dotación en el siguiente periodo.
3. EL EMPLEADO se obliga a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y a mantenerla en buen estado, dando cumplimiento a las indicaciones de lavado y cuidado dadas por el fabricante (ficha de cuidados).
4. EL EMPLEADO se compromete a usar en la forma indicada la ropa de trabajo o los uniformes especiales, según los casos. (Numeral 35 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo)
5. EL EMPPLEADO se compromete a no concurrir al trabajo sin el uniforme o sin su presentación y usos correctos, cuando sea obligatorio su uso. (Numeral 46 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo.)

AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	EL EMPLEADO
Firma	Firma
Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ	Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL	Cargo: SUPERVISOR GENERAL

Código: THF-01
Versión: 01
Vigencia: 2020-06-17

ACTA DE ENTREGA DE DOTACIÓN

NOMBRE DEL TRABAJADOR:	CEDULA:	CARGO:
MARINO GONZALEZ RANGEL	6992517	MAESTRO
AREA:		**FECHA DE ENTREGA:**
OBRA CIVIL		27/03/2026

Dando cumplimiento a lo establecido en el artículo 230 del Código Sustantivo de Trabajo, nos permitimos hacer entrega de la dotación descrita a continuación:

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	TALLA	COLOR
1	Pantalón institucional	32	JEAN AZUL
2	Camisa institucional	L	GRIS CON LOGO
1	Botas de seguridad	39	NEGRAS
1	Chaqueta Reflectiva	NARANJA	NARANJA
1	Casco	AMARILLO	AMARILLO
1	Gafas de Proteccion	X	TRANSPARENTE
1	Guantes de Nitrilo	NEGROS TALLA L	NEGROS

El EMPLEADO aquí firmante hace constar que recibió real y materialmente la dotación descrita en el presente documento y lara decpara que:

1. AL DIA GRUPO MUTISERVICIOS ha hecho entrega de(1) dotación al COLABORADOR, en virtud de lo consagrado en el artículo 232 del Código Sustantivo del Trabajo.
2. En virtud de lo establecido en el artículo 233 del CST, si el trabajador no hace uso de la dotación según las indicaciones de la Entidad, AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS eximida de entregar dotación en el siguiente periodo.
3. EL EMPLEADO se obliga a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral la dotación y a mantenerla en buen estado, dando cumplimiento a las indicaciones de lavado y cuidado dadas por el fabricante (ficha de cuidados).
4. EL EMPLEADO se compromete a usar en la forma indicada la ropa de trabajo o los uniformes especiales, según los casos. (Numeral 35 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo)
5. EL EMPPLEADO se compromete a no concurrir al trabajo sin el uniforme o sin su presentación y usos correctos, cuando sea obligatorio su uso. (Numeral 46 articulo 53 Reglamento Interno de Trabajo.)

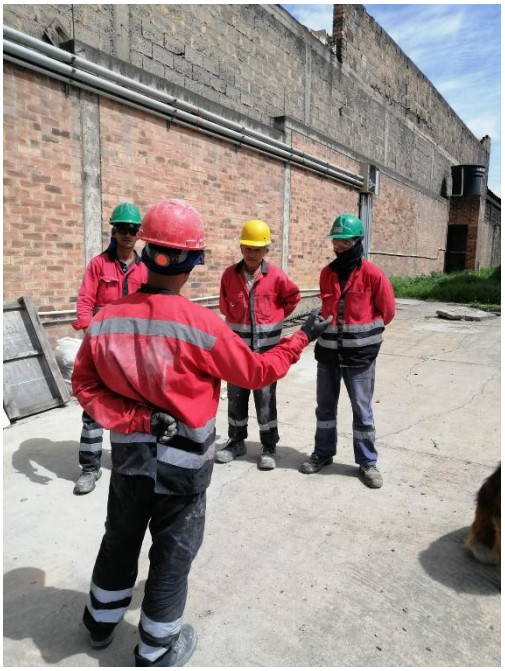
AL DIA GRUPO MULTISERVICIOS	EL EMPLEADO
Firma	Firma
Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ	Nombre: BRAJHAN BERMUDEZ LOPEZ
Cargo: REPRESENTANTE LEGAL	Cargo: SUPERVISOR GENERAL

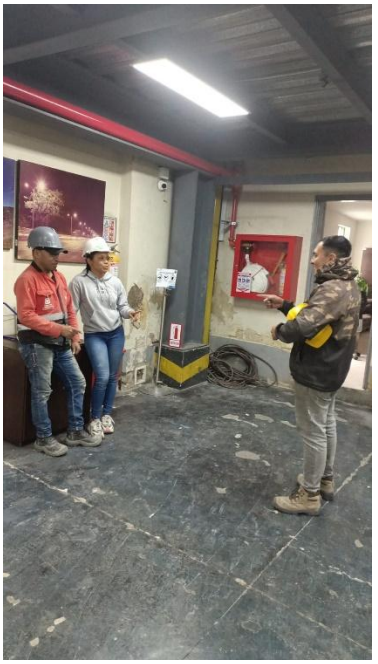
lentes de seguridad, protectores auditivos, respiratorios, guantes tipo ingeniero (camisas, pantalones, botas) EPP a los colaboradores de la organización GRUPO MULTISERVICIOS AL DIA.ejecutores de la organización H.A.H CONSTRUCCIONES SAS, además de verificar la oportuna entrega a los colaboradores de los diferentes contratistas, para brindar mayor seguridad al trabajador y protegerlos frente a los peligros y riesgos contemplados en el área del proyecto, con la finalidad de realizar prevención de accidentes y enfermedades laborales.

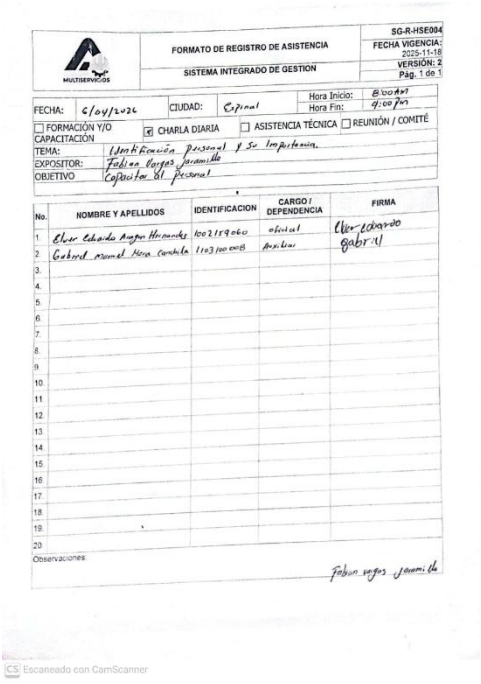
16.2.5 CHARLAS DIARIAS DE SEGURIDAD Y CAPACITACIONES

El sistema de gestión en seguridad y salud en el trabajo de la organización GRUPO MULTISERVICIOS AL DIA.ejecutores de la organización H.A.H CONSTRUCCIONES SAS, ejecuto las siguientes actividades de promoción y prevención: capacitaciones 1 a 3 horas, diariamente las charlas de seguridad antes de dar inicio a las actividades diarias, con una duración aproximada de cinco a diez (5 - 10) minutos. Actividades fundamentales para la seguridad de los trabajadores y el cumplimiento de los procesos, procedimientos y funciones que se garanticen en el ejercicio de las tareas.

Anexo: charlas diarias y capacitaciones







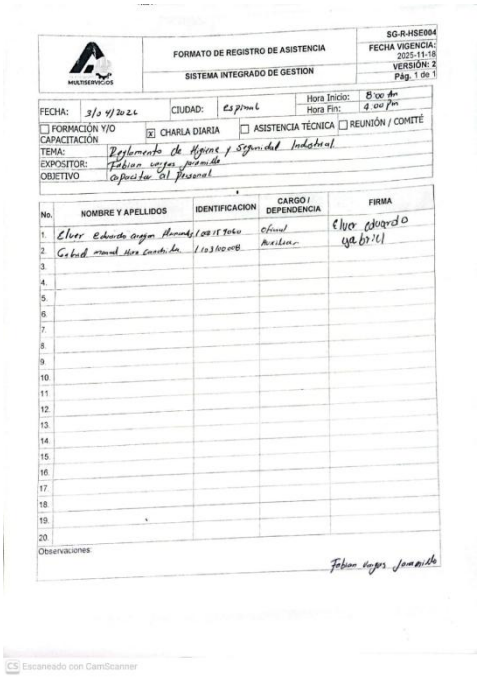
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
SG-R-HSE004 | FECHA VIGENCIA: 2025-11-18 | VERSIÓN: 2 | Pág. 1 de 1

FECHA: 6/04/2024 CIUDAD: Espinal Hora Inicio: 8:00 Am Hora Fin: 4:00 Pm
☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☑ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ
TEMA: Identificación personal y su importancia
EXPOSITOR: Fabian vargas jaramillo
OBJETIVO Capacitar al personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Elver Eduardo Angel Hernandez	1002119060	oficial	Elver Eduardo
2.	Gabriel manuel Hoyo Cantillo	1103100008	Auxiliar	Gabriel
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:
Fabian vargas jaramillo

CS Escaneado con CamScanner



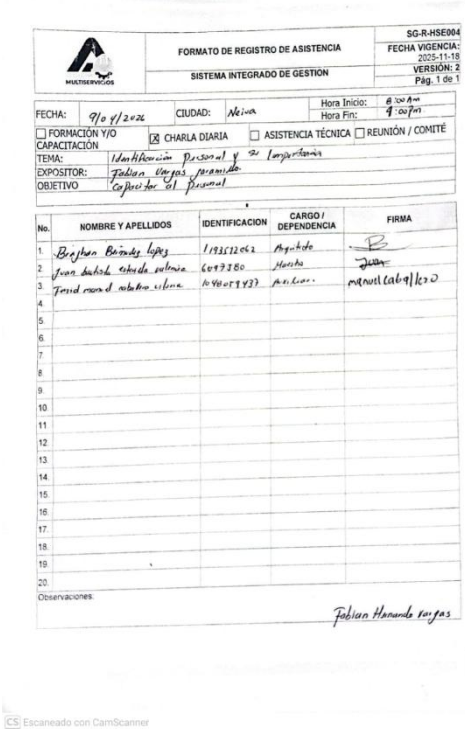
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
SG-R-HSE004 | FECHA VIGENCIA: 2025-11-18 | VERSIÓN: 2 | Pág. 1 de 1

FECHA: 3/04/2024 CIUDAD: Espinal Hora Inicio: 8:00 Am Hora Fin: 4:00 Pm
☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☒ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ
TEMA: Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial
EXPOSITOR: Fabian vargas jaramillo
OBJETIVO capacitar al personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Elver Eduardo Angel Hernandez	1002119060	oficial	Elver Eduardo
2.	Gabriel manuel Hoyo Cantillo	1103100008	Auxiliar	Gabriel
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:
Fabian vargas jaramillo

CS Escaneado con CamScanner



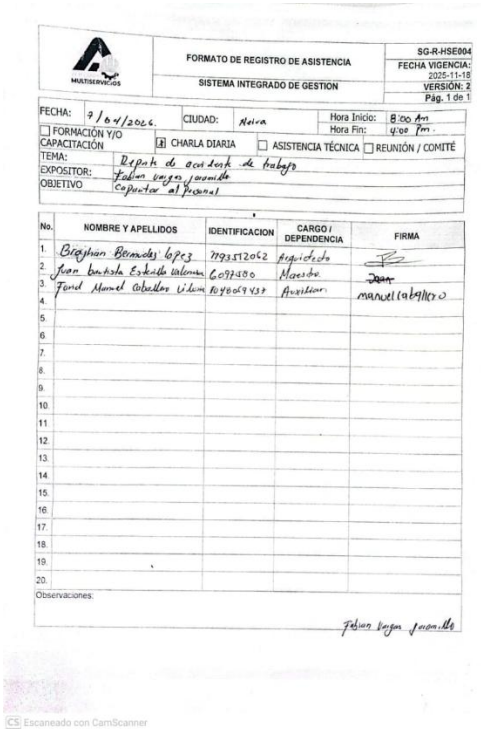
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
SG-R-HSE004 | FECHA VIGENCIA: 2025-11-18 | VERSIÓN: 2 | Pág. 1 de 1

FECHA: 9/04/2024 CIUDAD: Neiva Hora Inicio: 8:00 Am Hora Fin: 4:00 Pm
☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☒ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ
TEMA: Identificación Personal y su importancia
EXPOSITOR: Fabian vargas jaramillo
OBJETIVO Capacitar al personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Brayhan Bermudez lopez	1193512062	Aprendiz	
2.	Juan bautista estrada valencia	6097380	Maestro	
3.	Farid manuel caballero silva	1076079437	Auxiliar	manuel caballero
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:
Fabian Hernando vargas

CS Escaneado con CamScanner



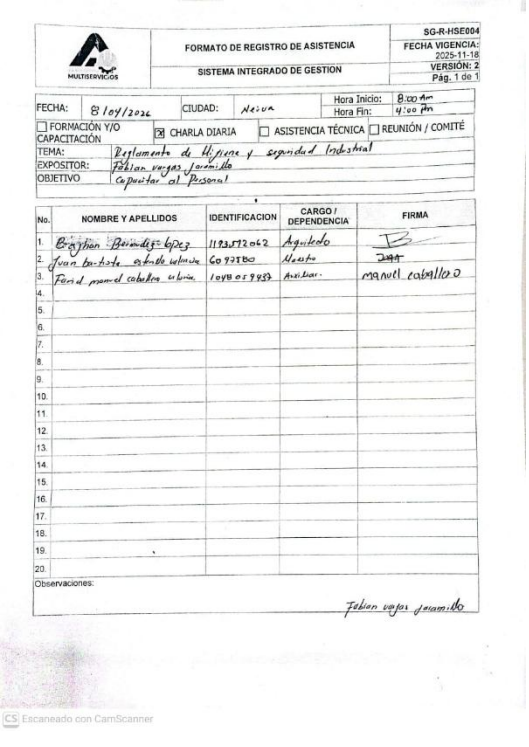
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
SG-R-HSE004 | FECHA VIGENCIA: 2025-11-18 | VERSIÓN: 2 | Pág. 1 de 1

FECHA: 7/04/2024 CIUDAD: Neiva Hora Inicio: 8:00 Am Hora Fin: 4:00 Pm
☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☒ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ
TEMA: Riesgos de accidente de trabajo
EXPOSITOR: Fabian vargas jaramillo
OBJETIVO Capacitar al personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Brayhan Bermudez lopez	1193512062	Aprendiz	
2.	Juan bautista Estrada valencia	6097380	Maestro	
3.	Farid Manuel Caballero Silva	1076079437	Auxiliar	manuel caballero
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:
Fabian vargas jaramillo

CS Escaneado con CamScanner



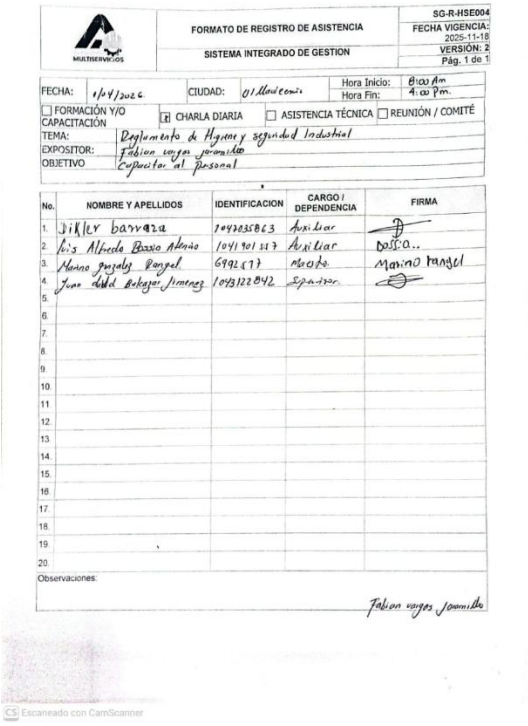
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
SG-R-HSE004 | FECHA VIGENCIA: 2025-11-18 | VERSIÓN: 2 | Pág. 1 de 1

FECHA: 8/04/2026 | CIUDAD: Neiva | Hora Inicio: 8:00 Am | Hora Fin: 4:00 Pm
☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☒ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ
TEMA: Reglamento de Higiene y seguridad Industrial
EXPOSITOR: Fabian vargas Jaramillo
OBJETIVO: Capacitar al Personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Brayhan Bermudez lopez	1193572062	Ayudante	
2.	Juan bautista arbelaez valencia	6097180	Maestro	
3.	Faiver manuel caballero valencia	1078057955	Auxiliar.	manuel caballero
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:
Fabian vargas Jaramillo

CS Escaneado con CamScanner



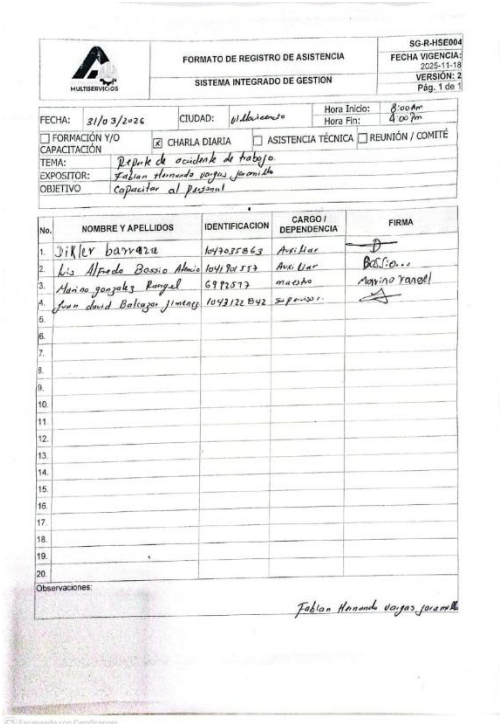
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
SG-R-HSE004 | FECHA VIGENCIA: 2025-11-18 | VERSIÓN: 2 | Pág. 1 de 1

FECHA: 1/04/2026 | CIUDAD: Villavicencio | Hora Inicio: 8:00 Am | Hora Fin: 4:00 Pm.
☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☒ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ
TEMA: Reglamento de Higiene y seguridad Industrial
EXPOSITOR: Fabian vargas Jaramillo
OBJETIVO: Capacitar al Personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Dikler barraza	1042035863	Auxiliar	
2.	Luis Alfredo Bossio Alvarez	1041701177	Auxiliar	Bossio...
3.	Marino gonzalez Rangel	6992677	maestro	Marino rangel
4.	Juan david Balcazar Jimenez	1043122842	Supervisor.	
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:
Fabian vargas Jaramillo

CS Escaneado con CamScanner



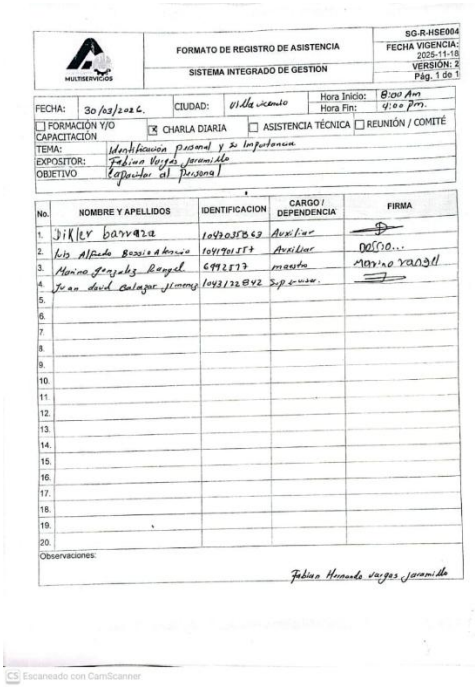
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
SG-R-HSE004 | FECHA VIGENCIA: 2025-11-18 | VERSIÓN: 2 | Pág. 1 de 1

FECHA: 31/03/2026 | CIUDAD: Villavicencio | Hora Inicio: 8:00 Am | Hora Fin: 4:00 Pm
☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☒ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ
TEMA: Reporte de accidente de trabajo.
EXPOSITOR: Fabian Hernando vargas Jaramillo
OBJETIVO: Capacitar al Personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Dikler barraza	1042035863	Auxiliar	
2.	Luis Alfredo Bossio Alvarez	1041701177	Auxiliar	Bossio...
3.	Marino gonzalez Rangel	6992677	maestro	Marino rangel
4.	Juan david Balcazar Jimenez	1043122842	Supervisor.	
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:
Fabian Hernando vargas Jaramillo

CS Escaneado con CamScanner



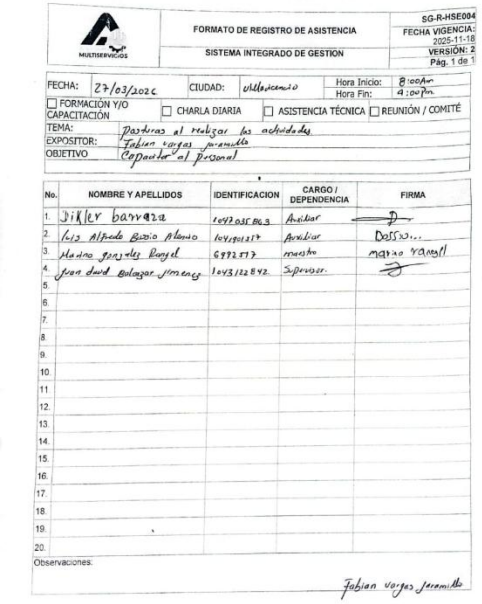
FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION
SG-R-HSE004 | FECHA VIGENCIA: 2025-11-18 | VERSIÓN: 2 | Pág. 1 de 1

FECHA: 30/03/2026 | CIUDAD: Villavicencio | Hora Inicio: 8:00 Am | Hora Fin: 4:00 pm.
☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☒ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ
TEMA: Identificacion personal y su importancia
EXPOSITOR: Fabian Vargas Jaramillo
OBJETIVO: Capacitar al Personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Dikler barraza	1042035863	Auxiliar	
2.	Luis Alfredo Bossio Alvarez	1041701177	Auxiliar	Bossio...
3.	Marino gonzalez Rangel	6992677	maestro	Marino rangel
4.	Juan david Balcazar Jimenez	1043122842	Supervisor.	
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:
Fabian Hernando vargas Jaramillo

CS Escaneado con CamScanner



MULTISERVICIOS

FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

SG-R-HSE004
FECHA VIGENCIA: 2025-11-18
VERSIÓN: 2
Pág. 1 de 1

FECHA: 27/03/2026 CIUDAD: Villavicencio Hora Inicio: 8:00Am Hora Fin: 4:00Pm

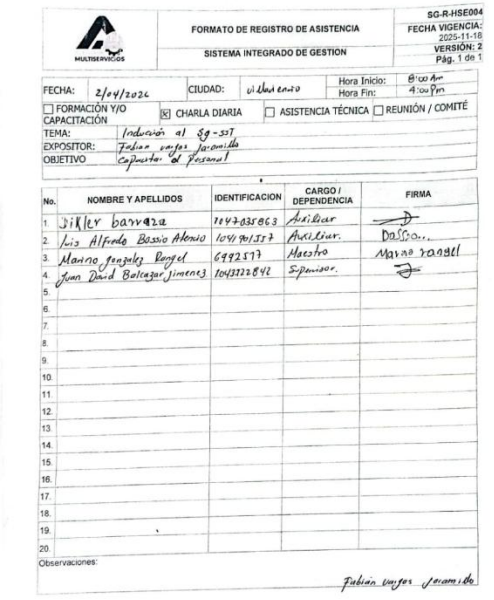
☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☐ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ

TEMA: Posturas al realizar las actividades
EXPOSITOR: Fabian vargas jaramillo
OBJETIVO Capacitar al personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Jikler barraza	1047035863	Auxiliar	
2.	Luis Alfredo Bossio Alonso	1047401317	Auxiliar	Dossio...
3.	Marino gonzalez Rangel	6992577	maestro	Marino Gonzalez
4.	Juan david Bolagar Jimenez	1043122842	Supervisor.	
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:

Fabian vargas jaramillo



MULTISERVICIOS

FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

SG-R-HSE004
FECHA VIGENCIA: 2025-11-18
VERSIÓN: 2
Pág. 1 de 1

FECHA: 2/04/2026 CIUDAD: Villavicencio Hora Inicio: 8:00 Am Hora Fin: 4:00 Pm

☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☒ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ

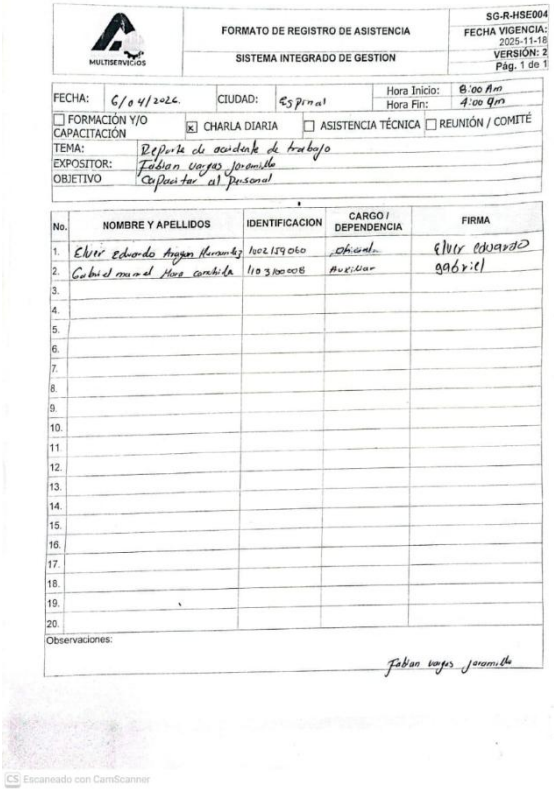
TEMA: Inducción al SG-SST
EXPOSITOR: Fabian vargas jaramillo
OBJETIVO Capacitar al personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Jikler barraza	1047035863	Auxiliar	
2.	Luis Alfredo Bossio Alonso	1047401317	Auxiliar.	Dossio...
3.	Marino Gonzalez Rangel	6992577	Maestro	Marino Gonzalez
4.	Juan David Bolagar Jimenez	1043122842	Supervisor.	
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:

Fabian vargas jaramillo

CS Escaneado con CamScanner



MULTISERVICIOS

FORMATO DE REGISTRO DE ASISTENCIA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

SG-R-HSE004
FECHA VIGENCIA: 2025-11-18
VERSIÓN: 2
Pág. 1 de 1

FECHA: 6/04/2026. CIUDAD: Espinal Hora Inicio: 8:00 Am Hora Fin: 4:00 pm

☐ FORMACIÓN Y/O CAPACITACIÓN ☒ CHARLA DIARIA ☐ ASISTENCIA TÉCNICA ☐ REUNIÓN / COMITÉ

TEMA: Reporte de accidente de trabajo
EXPOSITOR: Fabian vargas jaramillo
OBJETIVO Capacitar al personal

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	IDENTIFICACION	CARGO / DEPENDENCIA	FIRMA
1.	Elvir eduardo Anzola Hernandez	1002159060	Oficial.	Elvir eduardo
2.	Gabriel manuel Mora cardenas	1033100008	Auxiliar	Gabriel
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Observaciones:

Fabian vargas jaramillo

CS Escaneado con CamScanner

16.2.6 CONTROL DIARIO DE PERSONAL EN OBRA

Por parte del área SST, se tiene control diario del personal que desarrolla labores en obra.

16.2.7 ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

El componente SST, aplica semanalmente análisis de trabajo seguro, para aquellas actividades rutinarias y operativas, en las cuales se desenvuelven diariamente los trabajadores, para identificar todos los peligros y riesgos asociados a cada actividad específica, además de aplicar los controles necesarios para prevenir posibles AT IT (posibles consecuencias).

16.2.8 PERMISOS DE TRABAJO EN ALTURA

El Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo de la organización GRUPO MULTISERVICIOS AL DIA, ejecutores de la organización H.A.H CONSTRUCCIONES SAS, tiene definido el trabajo en alturas como actividad de alto riesgo, como lo establece la normatividad vigente (Resolución 4272 de 2021), es por ello se tiene procedimiento para el desarrollo de trabajo en alturas (TSA), además de tener implementados los permisos y ATS.

16.2.9 INSPECCIONES PLANEADAS

En GRUPO MULTISERVICIOS AL DIA, ejecutores de la organización H.A.H CONSTRUCCIONES SAS se tiene definido un programa de inspecciones planeadas, el cual permite hacer revisión de variables registradas como necesarias, y se identifiquen condiciones inseguras, que puedan generar pérdidas en los colaboradores y la infraestructura de la organización.

Estas inspecciones tienen la finalidad de gestionar un entorno para laborar seguro en las diferentes áreas del proyecto, permitiendo hacer prevención de la ocurrencia o repetición de lesiones a los colaboradores por accidentes y/o incidentes de trabajo, así como prevenir la ocurrencia de incidentes daños o deterioro de equipos, maquinaria e instalaciones, además de detectar y controlar los peligros potenciales susceptibles de ocasionar pérdidas que afecten a las personas o a la propiedad, y definir las medidas correctivas necesarias, involucrar a los colaboradores en general en las actividades de prevención, participando en la detección de problemas y el planteamiento de alternativas de solución.

16.2.10 COMITÉ PARITARIO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (COPASST)

El Comité Paritario de Seguridad y salud en el Trabajo, apoya las actividades ejecutadas por el área de HSEQ, plantea temas de formación y capacitación, así como permanece vigilante de los trabajadores durante la ejecución de sus actividades.

GRUPO MULTISERVICIOS AL DIA, ejecutores de la organización H.A.H CONSTRUCCIONES SAS cuenta con el COPASST y por ejecución del proyecto “REALIZAR LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS QUE COMPROMETEN LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN NACIONAL – ERON A CARGO DEL INPEC Y QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN PRIORITARIA” GRUPO 1 ; REGIONAL CENTRAL”, GRUPO 1; REGIONAL CENTRAL”,”, se incluirá en cada comité al Residente SST para dar parte de las actividades realizadas, al igual que un miembro de los trabajadores como vocero especial del proyecto COMITÉ DE CONVIVENCIA LABORAL

GRUPO MULTISERVICIOS AL DIA, ejecutores de la organización H.A.H CONSTRUCCIONES SAS cuenta con el CCL y por ejecución del PROYECTO “REALIZAR LA ATENCIÓN A EMERGENCIAS QUE COMPROMETEN LA INFRAESTRUCTURA FISICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE RECLUSIÓN DEL ORDEN NACIONAL – ERON A CARGO DEL INPEC Y QUE REQUIEREN DE ATENCIÓN PRIORITARIA” GRUPO 1 ; REGIONAL CENTRAL”, GRUPO 1; REGIONAL CENTRAL”, se incluirá en cada comité a un colaborador para dar parte de las actividades realizadas, con relación a la convivencia laboral, quejas y cualquiera relacionadas con temas psicosociales. El cual se desarrolla trimestralmente.

16.2.11 ACCIDENTALIDAD AT-EL

En el periodo comprendido entre el 27 de abril de 2026 y 26 de mayo de 2026 no se presentaron accidentes de trabajo AT, informamos que se tiene un estadístico sobre el indicador de accidentabilidad, además de tener seguimiento al cierre de los accidentes eventualmente.
Por otra parte, en el anexo se muestra el estadístico de ausentismo por las diferentes causas médicas y licencias, enfermedad general, accidentes de trabajo, licencias de maternidad y paternidad, entre otros.

INDICADORES DE ACCIDENTALIDAD

Durante el mes de marz0 2026, no se han presentado accidentes en GRUPO MULTISERVICIOS AL DIA, ejecutores de la organización H.A.H CONSTRUCCIONES SAS.

MES	N° de AT	N° Días Perdidos por AT	No. AT Graves	No. Trabajadores Mes	I.F AT	I.S. AT	ILI 2026	Tasa AT
ABRIL	0	0	0	13	0	0	0	0

TOTAL	**0**	**0**	**0**	**13**	**0**	**0**	**0**	**0%**

REPORTE DE ACCIDENTES E INCIDENTES

Durante el Periodo registrado en los trabajadores del GRUPO MULTISERVICIOS AL DIA, ejecutores de la organización H.A.H CONSTRUCCIONES SAS no se presentaron Accidentes, ni accidentes de Trabajo.

INDICADORES DE AUSENTISMO

Durante el mes de abril de 2026, no se presentaron ausentismos.

INDICADORES DE AUSENTISMO EMPRESA GRUPO MULTISERVICIOS AL DIA								
MES	No. De trabajadores	No. de casos existentes de EG	No. Casos existentes de EL	No. Casos Nuevos EL	N° Días Perdidos por EG	Incidencia EL	Prevalencia general de la EL	Prevalencia global de la EG 2026
ABRIL	13	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	**13**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0,00**	**0,00**	**0,00**

17. ACTIVIDADES EJECUTADAS:

Durante el periodo comprendido desde el 27 de abril de 2026 hasta el 26 de mayo de 2026 se adelantaron obras en los establecimientos aprobados por la entidad.

- Complejo la Picota Bogotá
- Establecimiento Rm Buen Pastor Bogotá
- Establecimiento La Modelo Bogotá
- Establecimiento de Neiva
- Establecimiento de Combita- Boyacá.

18. ACTUALIZACIÓN DE CRONOGRAMA

Respecto a las ODS proyectadas los cronogramas son los iniciales hasta el momento los proyectados en la documentación correspondiente enviados a la entidad.

19. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Se solicitan las debidas aprobaciones de las ODS proyectadas.

Presento:
HAWER ALBERTO HERRERA RODRÍGUEZ
REPRESENTANTE LEGAL
H.A.H CONSTRUCCIONES SAS

Elaboro:
ING. CRISTIAN FERNANDO SAMBONI
director de Obra
H.A.H CONSTRUCCIONES SAS

Colaboro:
FABIAN HERNANDO VARGAS JARAMILLO
Profesional en salud ocupacional

20. REGISTRO FOTOGRAFICO ACTIVIDADES





Establecimiento Villavicencio





Establecimiento Neiva





Establecimiento Picota





Establecimiento La Modelo