ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO EDT

Marque dentro de los cuadros SI / NO /NA según el caso. Si alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACIÓN.

SECCIÓN 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

1.1 Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL MISMO. Indique otras causales si las hay:

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido Desde: 09 | 03 | 2026 Hora: 7:00am Hasta: 10 | 03 | 2026 Hora: 5:00pm

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: Villa Rica - cuarto de tanque

1.4 Contratista: Group Integral Pro

1.5 Descripción de la actividad a realizar: Instalación de malla electrosoldada, amarre, plastico y fundida de placa

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

Trabajo en caliente	SI	NO	Trabajo en alturas	SI	NO	Espacios confinados	SI	NO	Otro	SI	NO	Cual	

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

2.1 Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad.

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)		PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos)
1. Instalación de malla electrosoldada y amarre con alambre 2. [illegible] de placa 3. Orden y aseo	BIOLÓGICO	☐ Bacterias, virus, hongos. Contacto con fluidos corporales y secreciones.	☐ Infecciones respiratorias, gastrointestinales y cutáneas; enfermedades contagiosas; incapacidad temporal.	☐ Protocolos de bioseguridad, higiene de manos, limpieza y desinfección, ventilación adecuada, restricción de personal sintomático y uso de EPP
		☐ Inhalación de virus.	☐ Infecciones respiratorias, enfermedades contagiosas, incapacidad temporal y complicaciones respiratorias.	☐ Ventilación adecuada, protocolos de bioseguridad, distanciamiento cuando aplique, higiene de manos y uso de tapabocas o protección respiratoria
	FÍSICOS	☒ Ruido	☒ Pérdida auditiva progresiva, fatiga, estrés, disminución de la concentración, cefaleas, alteraciones del sueño y accidentes por falta de percepción de señales de alerta	☒ Control del ruido en la fuente y el medio, mantenimiento de equipos, señalización de áreas ruidosas, limitación del tiempo de exposición, capacitación al trabajador y uso obligatorio de protección auditiva (tapones y orejeras)
		☐ Iluminación inadecuada	☐ Fatiga visual, dolores de cabeza, disminución de la concentración, errores operativos, posturas forzadas y aumento del riesgo de accidentes	☐ Adecuada distribución y nivel de iluminación, mantenimiento de luminarias, control de deslumbramientos y sombras, uso de iluminación artificial complementaria, pausas visuales y capacitación al trabajador
		☐ Temperaturas extremas y humedad	☐ Golpe de calor, deshidratación, fatiga, estrés térmico, quemaduras, hipotermia, disminución del rendimiento y aumento del riesgo de accidentes	☐ Control de la exposición al calor o frío, ventilación o abrigo adecuado, pausas activas, hidratación permanente, adecuación de horarios, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
		☐ Radiación no ionizante (UV)	☐ Irritación ocular y cutánea, fatiga visual, cefaleas, quemaduras leves, alteraciones en la visión y molestias generales	☐ Control de la fuente de radiación, señalización de áreas expuestas, limitación del tiempo de exposición, mantenimiento de equipos, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal según aplique
		☐ Vibraciones	☐ Trastornos musculoesqueléticos, lesiones osteoarticuales, entumecimiento de extremidades, fatiga, alteraciones circulatorias y disminución del control de herramientas	☐ Mantenimiento de equipos, control de la exposición, adecuación de herramientas, pausas activas, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
	QUÍMICO	☐ Polvos orgánicos, inorgánicos, fibras, líquidos (nieblas y rocíos)	☐ Irritación de vías respiratorias, ojos y piel, alergias, enfermedades respiratorias, intoxicaciones, disminución de la capacidad pulmonar y malestar general	☐ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, humectación de superficies, orden y aseo, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria y ocular según el nivel de exposición
		☐ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores	☐ Irritación y daño de las vías respiratorias, intoxicaciones agudas o crónicas, mareos, cefaleas, dificultad respiratoria, enfermedades pulmonares y pérdida de la capacidad laboral	☐ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, sustitución de sustancias cuando sea posible, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria según el riesgo
		☒ Inhalación de material particulado.	☒ Irritación de vías resporatorias, tos, alergias, enfermedades pulmonares, disminución de la capacidad respiratoria, fatiga y malestar general	☒ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, humectación de superficies, orden y aseo, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria y ocular según el nivel de exposición
	PSICOSOCIAL	☒ Condiciones intralaborales	☒ Estrés laboral, fatiga mental, ansiedad, disminución del rendimiento, conflictos laborales, errores operativos y afectaciones a la salud mental	☒ Organización adecuada del trabajo, definición clara de funciones, pausas activas, comunicación efectiva, capacitación, acompañamiento psicosocial y promoción de un ambiente laboral saludable
	BIOMECÁNICO	☒ Posturas prolongadas, mantenidas, forzadas	☒ Dolores musculares y articulares, trastornos musculoesqueléticos, fatiga física, lesiones osteomusculares, disminución del rendimiento y ausentismo laboral	☒ Alternancia de posturas, pausas activas, adecuación de herramientas, capacitación al trabajador
		☒ Manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados	☒ Lesiones musculoesqueléticas, lumbalgias, hernias, fatiga física, golpes y aumento del riesgo de accidentes	☒ Evaluación del peso y la tarea, uso de ayudas mecánicas, técnicas adecuadas de manipulación, trabajo en equipo, pausas activas, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal cuando aplique
		☒ Movimiento repetitivo	☒ Trastornos musculoesqueléticos, tendinitis, síndrome del túnel carpiano, fatiga muscular, dolor crónico y disminución del rendimiento laboral	☒ Rotación de tareas, pausas activas, adecuación de herramientas, organización del trabajo, capacitación al trabajador y seguimiento a las condiciones del puesto
		☒ Mecánico: golpes, atrapamiento, manipulación de herramientas corto punzantes, proyección de partículas, superficies calientes	☒ Golpes, cortaduras, amputacines, quemaduras, lesiones oculares, atrapamientos, facturas y accidentes graves	☒ Protecciones en equipos y herramientas, orden y aseo, señalización de áreas de riesgo, procedimientos seguros de trabajo, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal según la tarea
		☐ Eléctrico	☐ Choque eléctrico, quemaduras, electrocución, incendios, lesiones graves y muerte	☐ Aislamiento y señalización de instalaciones eléctricas, mantenimiento preventivo, uso de herramientas y equipos certificados, procedimientos seguros de trabajo, bloqueo y etiquetado cuando aplique, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal

Scanned with CamScanner

CONDICIONES DE SEGURIDAD	☒	Locativo	Caídas al mismo o diferente nivel, golpes, contusiones, torceduras, fracturas, atrapamientos y accidentes graves	Adecuado almacenamiento de materiales, orden y aseo permanente, señalización de áreas y desniveles, mantenimiento de superficies de trabajo, control de objetos en altura, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
	☒	Público (robos, atracos, asaltos, atentados, alteraciones de orden público)	Lesiones físicas, afectaciones psicológicas, estrés, amenazas a la integridad personal, pérdidas materiales y accidentes graves	Control de accesos, protocolos de seguridad, comunicación efectiva, reporte oportuno de situaciones de riesgo, coordinación con autoridades cuando aplique, capacitación al trabajador y medidas de autoprotección
	☐	Trabajo en alturas	Caídas a diferente nivel, golpes contra estructuras,fracturas, traumatismos severos, lesiones incapacitantes permanentes y muerte	Planeación de la tarea, identificación y señalización del área de trabajo, uso de sistemas de acceso seguro (andamios, escaleras), instalación de protecciones colectivas, inspección previa de equipo, uso obligatorio de sistemas de protección contra caídas certificados (arnés, líneas de vida, puntos de anclaje), capacitación y certificación del trabajador, supervisión permanente y aplicación de procedimientos de trabajo
	☐	Espacios confinados	Asfixia, intoxicación, pérdida de la conciencia, atrapamiento, lesiones graves, accidentes fatales y muerte	Identificación y señalización del espacio confinado, control de acceso, ventilación adecuada, permisos de trabajo, monitoreo continuo, capacitación del personal, supervisión permanente, plan de rescate y uso de elementos de protección personal
	☐	Trabajo en caliente	Quemaduras, incendios, explosiones, lesiones oculares, inhalación de humos, daños materiales y accidentes graves o fatales	Permiso de trabajo en caliente, control y retiro de materiales combustibles, ventilación adecuada, señalización del área, inspección previa de equipos, capacitación del personal, supervisión permanente y uso de elementos de protección personal
AMBIENTAL	☐	Generación de residuos de construcción (RCD)	Contaminación del suelo y agua, proliferación de vectores, impactos paisajísticos y sanciones ambientales	Separación y clasificación de RCD, almacenamiento temporal adecuado, señalización, transporte y disposición en sitios autorizados y capacitación al trabajador
FENÓMENOS NATURALES	☒	Fenómenos naturales (sismo, terremoto, inundación, precipitaciones: lluvias, granizadas, heladas)	Lesiones físicas, atrapamientos, caídas, daños estructurales, interrupción de actividades, pérdidas materiales y afectación a la integridad de los trabajadores	Identificación de zonas seguras, señalización de rutas de evacuación y puntos de encuentro, suspensión de labores en condiciones climáticas adversas, aseguramiento de materiales y estructuras, capacitación en planes de emergencia, simulacros y seguimiento a alertas meteorológicas

Verifique que se haya considerado dentro del ATS todos los peligros y las medidas de control estén implementadas (marque NA si el peligro no está presente en el área).

2.2 EPP - SEÑALIZACIÓN Verificar

Inspecciones antes y después de cada uso el estado de los EPP / Sistemas de prevención y protección, necesarios para realizar la actividad de forma segura, con base en el ATS, absténgase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin certificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalía encontrada.

Ropa			
Ropa de trabajo	☒	NO	NA
Overol Ignífugo, Categoría:	SI	NO	NA
Peto	SI	NO	NA
Manguillas	SI	NO	NA
Polainas	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Protección respiratoria			
Respirador con cartuchos para:	SI	NO	NA
Mascarilla desechable para:	☒	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Protección cabeza			
Casco Tipo__ Clase__ SIN__ CON__ Barbuquejo	☒	NO	NA
Chavo en tela o carnaza	SI	NO	NA

Protección de pies y piernas			
Botas de seguridad con puntera	☒	NO	NA
Botas dieléctricas	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Protección auditiva			
Tipo Inserción	☒	NO	NA
Tipo copa	SI	NO	NA
Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caída y Espacios Confinados			
Arnés, Tipo:	SI	NO	NA
Mosquetón	SI	NO	NA
Eslinga, Tipo:	SI	NO	NA
Línea de vida, Tipo:	SI	NO	NA
Freno/Arrestador	SI	NO	NA
Punto de anclaje (Cual):	SI	NO	NA

Protección facial y ocular			
Careta lente neutro	SI	NO	NA
Monogafas / Gafas	☒	NO	NA
Gafas de oxicorte	SI	NO	NA
Careta de soldador	SI	NO	NA
Careta de dieléctrica, clase:	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Autoretráctil	SI	NO	NA
Tie-off	SI	NO	NA
Baranda con rodapiés	SI	NO	NA
Sistema de acceso (Cual):	SI	NO	NA
Trípode / pescante	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA

Barrera/Señales de advertencia			
Peligro Trabajo:	SI	NO	NA
Precaución	SI	NO	NA
Demarcación Perimetral	☒	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Guantes			
Protección mecánica	☒	NO	NA
Protección dieléctrica	SI	NO	NA
Protección química	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA
Otros			
Tapete dieléctrico	SI	NO	NA
Pértiga	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA

1.8 NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar			SI NO NA
1.9 EMERGENCIAS: Recordar y verificar			
A.- Las emergencias potenciales que pueden ocurrir	☒	NO	NA
B.- Los procedimientos establecidos para tales situaciones.	☒	NO	NA
C.- Rutas de Evacuación	☒	NO	NA
D.- Puntos de encuentro	☒	NO	NA
E.- Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquín, extintor)	☒	NO	NA
F.- Ubicación de Brigadistas cercanos	☒	NO	NA

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Nelson Ramirez	7999653	oficial			—	—	—	—	—

SECCIÓN 9- AUTORIZACIONES DIARIAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Paula Sanchez	1110570333	SST			—	—	—	—	—

INSPECCIONES

CONSORCIO EDT

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

FECHA: 10 de marzo de 2026

HORA: 8:07 am

FRENTE DE OBRA: Villa Rica

CONTRATISTA: Group Integral Pro

ITEM	DESCRIPCIÓN	ESTADO			OBSERVACIONES
		Cumple	No	N/A	
A	HERRAMIENTAS MANUALES				
1	Se usa la(s) herraminenta(s) adecuada al trabajo	X			
2	Estado de la Herramienta	X			
3	Estado de Almacenamiento y de Uso	X			
4	Estado de los mangos de madera			X	
5	Se usan prensas de banco			X	
B	HERRAMIENTAS DE CORTE				
1	Estado de la cabeza de los cinceles	X			
2	Filos de los cinceles	X			
3	Estado de los dientes de las tarrajas macho o hembra	X			
4	Instalación de las hojas de segueta	X			
5	Estado de los mangos de las limas	X			
6	Empuñaduras y dientes de los serruchos			X	
7	Estado de los Mangos y fundas de los cuchillos			X	
C	HERRAMIENTAS DE GOLPE				
1	Se emplea el martillo adecuado según la labor ?	X			
2	Sus caras y bordes están en buen estado?	X			
3	Estado en que se encuentra el mango	X			
D	HERRAMIENTAS DE TORSIÓN - LLAVES				
1	Cuentan con llaves de pulgadas y milimétricas ?			X	
2	Estado de huellas y palancas de la llave			X	
3	Se dispone de llaves para golpear?			X	
4	Estado de las mordazas de las llaves			X	
5	Estado de las herramientas para trabajos electricos			X	
6	Aislamiento de las herramientas para los trabajos electricos			X	
7	Estado de la punta y cabo de los destornilladores			X	
8	Se dispone de herramientas que no produzcan chispas?			X	
E	HERRAMIENTAS ELÉCTRICAS				
1	Las herramientas son adecuadas segun el riesgo (humedad, vapores)?	X			
2	Uso de los Elementos de protección Personal de acuerdo al uso de la herramienta	X			
3	Limpieza y Lubricación de las herramientas	X			
4	Guardas de seguridad	X			
5	Aislamientos y sistemas de tierras	X			
6	Estado del cable y enchufe	X			
7	Estado y mandil de los taladros	X			
8	Diametro, especificación y estado de la broca para el taladro a usar	X			
9	Los esmeriles cuentan con guardas de Seguridad?			X	
10	Los esmeriles cuentan los soportes de los discos o piedras son los adecuados?	X			
11	Los collarines coinciden en diametro y están instalados según el relieve?			X	
12	Estado de las roscas o tornillo en las ruedas abrasivas.			X	
13	Almacenamiento de las pulidoras y discos	X			

Scanned with CamScanner

CONSORCIO EDT

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

FECHA : _____

HORA: _____

FRENTE DE OBRA: _____

CONTRATISTA: _____

ITEM	DESCRIPCIÓN	ESTADO			OBSERVACIONES
		Cumple	No	N/A	
F	**HERRAMIENTAS NEUMATICAS**				
1	Estado de las mangueras y acoples			X	
2	Se emplean elementos de protección personal de acuerdo con la herramienta?			X	
3	Presiones indicadas			X	
4	Descarga de la herramienta			X	
G	**HERRAMIENTA POR DETONACIÓN**				
1	El personal es autorizado			X	
2	Emplean los elementos de protección			X	
3	Descarga y almacenamiento de la herramienta			X	
H	**SEGURIDAD Y ALMACENAMIENTO EQUIPO Y HERRAMIENTAS EN GENERAL**				
1	El personal que utiliza los equipos y herramientas, ha recibido instrucción?	X			
2	Las herramientas se seleccionan correctamente para el trabajo a realizar?	X			
3	Transporte y almacenamiento al sitio del trabajo	X			
4	Las labores de mantenimiento como: limpieza, lubricación, ajuste o reparación se efectúan con los equipos apagados.	X			
5	Almacenamiento	X			
6	Herramientas y equipos en buen estado	X			
7	Se utilizan correctamente	X			
8	Se encuentran señalizados los equipos que revisten peligros especiales tales como alto voltaje, etc.	X			

Nota: *Los item del numeral H siempre deben ser diligenciados independiente del tipo de herramienta que se encuentre en el frente de obra.*

	REVISO	APROBO
NOMBRE Y APELLIDO	Paula Sanchez	
CARGO:	SST	
FIRMA:		

Scanned with CamScanner

ENTREGA EPP

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Nelson Ramirez	C.C.	79.977.653	Ayudante	Villa rica

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el contratista con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, gafas, guantes	1	15/01/2026	
2	Gafas, guantes, tapa bocas	1	23/01/2026	
3	Guantes, tapa bocas	1	06/02/2026	
4	Guantes de caucho, gafas	1	09/03/2026	
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Scanned with CamScanner

ACTIVIDADES DE OBRA


2026/03/10 20:43


2026/03/10 17:14

PILOTO SEDE D

BASE DE DATOS PERSONAL

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	FORMATO DE PERSONAL ACTUALIZADO										
CENTRO DE TRABAJO	**PILOTO SEDE D**										
ITEM	**CEDULA**	**NOMBRE**	**APELLIDOS**	**CARGO**	**EPS**	**ARL**	**AFP**	**INGRESO**	**SALIDA**	**FECHA EXAMEN MEDICO**	**FECHA CURSO DE ALTURAS**
1	2.996.024	PABLO ENRIQUE	HUERFANO	MAESTRO	CAPITAL SALUD	POSITIVA	COLPENSIONES	25/11/2025	9/03/2026	20/11/025	N/A
2	1.012.406.005	EDWIN ANDRES	HUERFANO CRIOLLO	AYUDANTE	SALUD TOTAL	POSITIVA	PORVENIR	25/11/2025	9/03/2026	20/11/025	N/A
3	1.023.039.411	LUIS FELIPE	RINCON NARVAEZ	AYUDANTE	CAPITAL SALUD	POSITIVA	PORVENIR	15/12/2025	23/02/2026	15/01/2026	N/A

PAZ Y SALVO

GROUP INTEGRAL PRO SAS
Cambiar para mejorar

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO LABORAL

Yo, Pablo Enrique Herrera, identificado con CEDULA DE CIUDADANIA número 2996024, por medio del presente documento certifico que:

Trabajé para la empresa GROUP INTEGRAL PRO, identificada con NIT 901407518, desde el 28/11/2026 hasta 09/03/2026

He recibido a satisfacción y de manera completa los siguientes conceptos:

- Todos los salarios correspondientes al período laborado.
- Las prestaciones sociales a las que tuve derecho durante mi vinculación laboral.
- La liquidación final de mi contrato de trabajo.

Por lo tanto, declaro que me encuentro a paz y salvo con GROUP INTEGRAL PRO por los conceptos mencionados y no tengo ningún reclamo pendiente relacionado con mi relación laboral.

Entiendo que este documento no afecta mis derechos laborales irrenunciables ni aquellos que puedan surgir con posterioridad a la firma de este certificado.

En constancia de lo anterior, firmo el presente certificado en la ciudad de Bogotá, a los 09 mes 03 año 2026.

Pablo Enrique Herrera

C.C: 2996024

GROUP INTEGRAL PRO SAS

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO LABORAL

Yo, Luis felipe Rincon, identificado con CEDULA DE CIUDADANIA número 1023039411, por medio del presente documento certifico que:

Trabajé para la empresa GROUP INTEGRAL PRO, identificada con NIT 901407518, desde el 15/12/2025 hasta 23/02/26.

He recibido a satisfacción y de manera completa los siguientes conceptos:

- Todos los salarios correspondientes al período laborado.
- Las prestaciones sociales a las que tuve derecho durante mi vinculación laboral.
- La liquidación final de mi contrato de trabajo.

Por lo tanto, declaro que me encuentro a paz y salvo con GROUP INTEGRAL PRO por los conceptos mencionados y no tengo ningún reclamo pendiente relacionado con mi relación laboral.

Entiendo que este documento no afecta mis derechos laborales irrenunciables ni aquellos que puedan surgir con posterioridad a la firma de este certificado.

En constancia de lo anterior, firmo el presente certificado en la ciudad de Bogotá, a los 23 mes 02 año 2026

Luis felipe Rincon

C.C: 1023039411

GROUP INTEGRAL PRO SAS

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO LABORAL

Yo, Edwin Andres Huertano C., identificado con CEDULA DE CIUDADANIA número 1024.06.005, por medio del presente documento certifico que:

Trabajé para la empresa GROUP INTEGRAL PRO, identificada con NIT 901407518, desde el 25/11/2026 hasta 09-03-26.

He recibido a satisfacción y de manera completa los siguientes conceptos:

- Todos los salarios correspondientes al período laborado.
- Las prestaciones sociales a las que tuve derecho durante mi vinculación laboral.
- La liquidación final de mi contrato de trabajo.

Por lo tanto, declaro que me encuentro a paz y salvo con GROUP INTEGRAL PRO por los conceptos mencionados y no tengo ningún reclamo pendiente relacionado con mi relación laboral.

Entiendo que este documento no afecta mis derechos laborales irrenunciables ni aquellos que puedan surgir con posterioridad a la firma de este certificado.

En constancia de lo anterior, firmo el presente certificado en la ciudad de Bogotá, a los 09 mes 03 año 2026.

Edwin Andres Huertano

C.C: 1024606005

CHARLAS Y CAPACITACIONES

CONSORCIO DT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SG SST- F- 01
		Version: 0 Fecha:
	ASISTENCIA A CAPACITACIONES	24/10/2025

FECHA: 03/03/2026	LUGAR: Piloto sede A-D
TEMA: Pausas activas antes de iniciar actividades	CAPACITADOR: Dayana Espinel

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Edwin A Alocifano	Ayudante	Piloto D	edwin Alocifano
Pablo e Alocifavo	contratista	Piloto D	pablo Alocifavo

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO DT	SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SG SST- F- 01
		Version: 0 Fecha:
	ASISTENCIA A CAPACITACIONES	24/10/2025

FECHA: 23/02/2026	LUGAR: Piloto sede A-D
TEMA: Uso adecuado de herramientas	CAPACITADOR: Dayana Espinel

NOMBRE	CARGO	PROYECTO	FIRMA
Edwin Alforfano	Ayudante	Piloto D	Edwin Alforfano
Pablo E Alforfano	Contratista	Piloto D	Pablo Alforfano

Scanned with CamScanner

ANÁLISIS DE TRABAJO SEGURO -ATS

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO DT

rque dentro de los cuadros SI / NO /NA según el caso. Si alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACIÓN.

SECCIÓN 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL MO. Indique otras causales si las hay:

Fecha de autorización del permiso:	Valido	Desde:	16/02/26	Hora:	0600	Hasta:	21/02/26	Hora:	500		
Obra y lugar donde se realiza el trabajo:	Piloto Sede Barbacoas										
Contratista:											
Descripción de la actividad a realizar:	fundida de PSO										

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

Trabajo en caliente	SI	[X] NO	Trabajo en alturas	SI	NO	Espacios confinados	SI	NO	Otro	SI	NO	Cual

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad.

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)		PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos)
-firmar Permisos - Alista PSO Con Malla PSO Poder fundir - Mezcla Cemento - Transporta Con carretillo - fundir PSO Con cemento	FISICOS	[X] Ruido	[ ] Pérdida de la audición (Hipoacusia), estrés laboral	[X] Uso de protección auditiva, , mantenimiento a los equipos que generen ruido,
		[ ] Iluminación inadecuada	[ ] Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad visión	[ ] Instalación de iluminación adicional, programa mantenimiento luminarias
		[ ] Temperaturas extremas y humedad	[ ] Disminución de la destreza manual e intelectual, congelación de miembros y/o calambres, agotamiento, deshidratación, golpe de calor, quemaduras	[ ] Realizar mediciones ambientales, análisis de puestos de trabajo. Aprovechar ventilación natural en los sitios de trabajo
		[ ] Radiación no ionizante (UV)	[ ] Alteraciones de la piel, deshidratación, alteración en algunos tejidos blandos (ojos)..	[ ] Elemento de protección personal: Chaleco plomado, protector de cuello plomado, protector de gónadas plomado. Careta para protección de soldadura, protector solar.
		[ ] Radiación ionizante	[ ] Dermatitis en manos, ardoras, ahogo, etc.	[ ] Elementos de protección personal individual acorde a las actividades a realizar
		[X] Vibraciones	[ ] Calambres, hormigueo, disminución de la fuerza de agarre	[ ] Mantenimiento y amortiguación de máquinas y equipos.
	BIOLÓGICO	[ ] Bacterias, virus, hongos. Contacto con fluidos corporales y secreciones.	[ ] Dermatosis, reacciones alérgicas, enfermedades infecto contagiosas, alteraciones en los diferentes sistemas, muerte.	[ ] Uso de guantes, tapabocas, bata, gafas. Lavado de manos, control de aguas estancadas, aplicación de normas universales de bioseguridad.
		[ ] Inhalación de virus.	[X] Enfermedades humanas comunes provocadas por virus incluyen el resfriado, la gripe, la varicela y el herpes simple. Así como enfermedades graves tales como el ébola, el sida, la gripe aviar y el SARS son causadas por virus.	[X] Limpieza y desinfección de áreas, Uso de elementos de bioseguridad, cumplimiento de PAPSO
	BIOMECANICO	[X] Posturas prolongadas, mantenidas, forzadas	[ ] Desórdenes de trauma acumulativo; lesiones del sistema músculo esquelético; fatiga; alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y escoras; alteraciones del sistema vascular.	[ ] Practicas adecuadas de higiene postural, fortalecimiento muscular, pausas activas, participación en el programa Muévete, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas
		[X] Manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados.	[X] Lesiones musculo esqueléticas.	[ ] Manejo adecuado de posturas y cargas, fortalecimiento muscular, higiene postural al levantamiento de cargas, pausas activas, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas
		[X] Movimiento repetitivo	[X] Lesiones musculo esqueléticas.	[X] Higiene postural al levantamiento de cargas, pausas activas, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	[ ] Eléctrico	[ ] Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilación ventricular, tetanización, quemaduras severas, shock eléctrico, muerte.	[ ] Mantenimiento de redes y equipos eléctricos. Uso de guantes dieléctricos y botas dieléctricas. Aislamiento y señalización de las cajas eléctricas identificación de voltajes y canalización de cables. Reparaciones eléctricas por parte de personal autorizado.
				[ ] No sobrecargar las conexiones eléctricas y las tomas de corriente o extensión eléctrica.
		[ ] Caídas a distinto nivel	[X] Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte.	[ ] Permiso de trabajo seguro en alturas. Uso de EPCC adecuadas para la actividad, certificado de entrenamiento en trabajo en alturas. Los trabajos a diferente nivel deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados y se deben emplear las herramientas y los equipos correctos.
		[X] Caídas al mismo nivel	[X] Traumas del sistema osteomuscular, heridas , golpes contusiones, muerte.	[X] Realizar el acceso seguro por escaleras portátiles, andamios y/o plataformas en buen estado y certificado.
		[ ] Espacios confinados	[ ] Asfixia, sofocamiento, choques eléctricos, caídas y fatiga por el calor, atrapamientos, intoxicaciones por atmosferas peligrosas, muerte	[ ] Capacitación, uso de pasamanos y calzado adecuado. No hacer bromas que causen el caminar. Aplicación de normas de autocuidado para la prevención de caídas y resbalones, reporte de condiciones inseguras.
		[ ] Trabajo en caliente	[X] Heridas, golpes, contusiones, laceraciones, electrocución, lumbagos, pérdida de audición, intoxicaciones, muerte.	[ ] Uso de escaleras portátiles debia cumpla a Ojos certificados.
		[ ] Mecánico: golpeado, golpeado contra, atrapamiento,manipulación de herramientas corto punzantes, proyección de particulas, superficies calientes.	[ ] Heridas, amputaciones, fracturas de tejidos blandos, golpes, fracturas, muerte, quemaduras.	[ ] Permiso de trabajo con espacio confinado. Ususo de EPCC, certificado de entrenamiento en espacios confinados, permiso de trabajo, equipos de iluminación y acompañante, sistemas de drenaje, análisis de atmosferas. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados.
		[X] Locativo	[ ] Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	[ ] Permiso trabajo en caliente. Uso de guantes, careta facial, protección respiratoria, mampara de protección para soldadura, botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados.
		[X] Público: robos agresiones asaltos.	[ ] Muerte, agresiones verbales y físicas, heridas, estrés laboral	[X] Mantenimiento de máquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad, careta). Aplicación de normas de autocuidado.
		[ ] Accidentes de tránsito.	[X] Golpes, traumas, muerte, fracturas	[ ] Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones Programa orden y aseo (distribución de espacios, señalización, demarcación, ubicación de oficinas).
				[ ] Personal de vigilancia, reporte oportuno de situaciones dentro de la obra, capacitación en el manejo de situaciones difíciles y autocuidado, formación periódica en temas de riesgo público.
				[ ] Formación al personal en medidas de prevención en normas de seguridad vial. Programa de mantenimiento preventivo de vehículos.

QUIMICO	☐ Contacto con sustancias irritantes.	☐ Quemaduras, dermatitis, reacciones alérgicas Asfixia, alteraciones del sistema nervioso central, paros cardiorrespiratorios, muerte.	☐ [illegible] de seguridad de los químicos y su manipulación de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos químicos, contar con kit de derrames uso de EPP (careta con filtros de cartucho químico, gafas, botas, guantes) campanas de extracción, capacitar al personal en el manejo de sustancias peligrosas, identificación de peligros , fichas de seguridad, matrices de compatibilidad y demás componentes del programa
	☐ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores.	☐ Depende del agente químico.	
	☒ Inhalación de material particulado.	☐ Afecciones respiratorias y cardiacas.	
PSICOLOGICO Y AMBIENTAL	☐ Acumulación de basuras.	☒ Infecciones, intoxicaciones	☒ Separacion de residuos y reciclaje
	☐ Condiciones intralaborales	☐ Estrés, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	☐ Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo, planeación y organización, claridad del rol, autonomía en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, trabajo en equipo, conciliación vida laboral-familiar, adecuación interfaces persona-tarea, condiciones de la tarea. Estrategias de afrontamiento del estrés.
NATURAL	☒ Probabilidad de lluvia	☐ Resfriado, malestar general, virosis	☒ Suspender actividades en lugares abiertos
	☒ probabilidad de Sismo	☐ Fracturas, lesiones, muerte	☒ resguardarse y seguir el plan de emergencia

Verifique que se haya considerado dentro del ATS todos los peligros y las medidas de control están implementadas (marque NA si el peligro no está presente en el área).

- SEÑALIZACION Verificar

	SI	NO	NA

nes antes y despues de cada uso el estado de los EPP / Sistemas de prevención y protección, necesarios para realizar la actividad de forma segura, con base en el ATS, abstengase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin ión. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalia encontrada.

Ropa

	SI	NO	NA
le trabajo	☒	☐	☐
gnifugo. Categoria:	☐	☐	☒
	☐	☐	☒
ditas	☐	☐	☒
as	☐	☐	☒
(Cual):	☐	☐	☒

Protección respiratoria

	SI	NO	NA
pirador con cartuchos para:	☐	☐	☒
scarilla desechable para:	☐	☐	☒
o (Cual):	☐	☐	☒

Protección cabeza

	SI	NO	NA
sco Tipo__ Clase__ SN__ CON__ Barbuquejo	☒	☐	☐
avo en tela o camiza	☒	☐	☐

Protección de pies y piernas

	SI	NO	NA
Botas de seguridad con puntera	☒	☐	☐
Botas dieléctricas	☐	☐	☒
Otro (Cual):	☐	☐	☒

Protección auditiva

	SI	NO	NA
Tipo Inserción	☐	☐	☒
Tipo copa	☐	☐	☒

Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caida y Espacios Confinados

	SI	NO	NA
Arnés, Tipo:	☐	☐	☒
Mosquetón	☐	☐	☒
Eslinga, Tipo:	☐	☐	☒
Linea de vida, Tipo:	☐	☐	☒
Freno/Arrestador	☐	☐	☒
Punto de anclaje (Cual):	☐	☐	☒

Protección facial y ocular

	SI	NO	NA
Careta lente neutro	☐	☐	☒
Monogafas / Gafas	☐	☐	☒
Gafas de oxicorte	☐	☐	☒
Careta de soldador	☐	☐	☒
Careta de dieléctrica, clase:	☐	☐	☒
Otro (Cual):	☐	☐	☒

	SI	NO	NA
Autoretráctil	☐	☐	☒
Tie-off	☐	☐	☒
Baranda con rodapiés	☐	☐	☒
Sistema de acceso (Cual):	☐	☐	☒
Trípode / pescante	☐	☐	☒
Otro (Cual):	☐	☐	☒

Barrera/Señales de advertencia

	SI	NO	NA
Peligro Trabajo:	☒	☐	☐
Precaución	☐	☐	☒
Demarcación Perimetral	☐	☐	☒
Otro (Cual):	☐	☐	☒

Guantes

	SI	NO	NA
Protección mecánica	☐	☐	☒
Protección dieléctrica	☐	☐	☒
Protección química	☐	☐	☒
Otro (Cual):	☐	☐	☒

Otros

	SI	NO	NA
Tapete dieléctrico	☐	☐	☒
Pértiga	☐	☐	☒
Otro (Cual):	☐	☐	☒
	☐	☐	☒

) NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar

) EMERGENCIAS: Recordar y verificar

- Las emergencias potenciales que pueden ocurrir	☒	NO	NA	D.- Puntos de encuentro	SI NO
- Los procedimientos establecidos para tales situaciones.	☒	NO	NA	E.- Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquin, extintor)	SI NO
- Rutas de Evacuación	☒	NO	NA	F.- Ubicación de Brigadistas cercanos	SI NO

SECCION 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

) Los abajo firmantes somos conscientes de los riesgos relacionados con la ejecución del trabajo, así como de las medidas preventivas determinadas con el fin de realizar el trabajo de forma segura, asumiendo el compromiso de cumplir con las orientaciones de seguridad contenidas en este ecomendo, utilizar los equipos de protección personal y ejecutar solamente las tareas o actividades autorizadas por este autorizantes. Así mismo manifiesto mi buen estado de salud para el desarrollo de las actividades.
) Se verifican certificados de aptitud médica para Trabajos en alturas y espacios confinados: según aplique, con fecha de expedición inferior a un año, se anexan soportes a este permiso.
) Se verifican competencia - entrenamiento para TSA, TEC, trabajo en caliente, energías peligrosas, operación de equipo o maquinaria, trabajos con energía eléctrica; según aplique, se anexan soportes a este permiso.
) Se verifican el estado de afiliación al sistema de seguridad social (EPS, ARL, Fondo de Pensiones), se anexan soportes a este permiso.
) Para espacios confinados aplican lo siguientes ROLES: Trabajador Entrante, Vigia, Supervisor.

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Luis Ramon		Ayudante	Luis R	Luis R.	Luis R	Luis R.	Luis R.	Luis R.	
Edwin Valderrama		Ayudante	Edwin V	Edwin V	Edwin V	Edwin V	Edwin V	Edwin V	
Pablo Valderrama		oficial	Pablo Valderrama	Pablo Valderrama	Pablo Valderrama	Pablo Valderrama	Pablo Valderrama	Pablo Valderrama	Pablo Valderrama

SECCION 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

He tenido conocimiento de la actividad que se realizará en mi área a cargo, valido las recomendaciones descritas en el cuerpo del PERMISO DE TRABAJO Y ATS, realicé inspección de seguridad del área donde se realizará el trabajo (incluir áreas o actividades vecinas). Alerté sobre lo riesgos específicos del lugar donde se realizará el trabajo. Se garantizar que las recomendaciones de SST descritas y consignadas serán cumplidas. Verifiqué las buenas condiciones de los equipos y herramientas que serán utilizados. Me aseguré que las personas implicadas estan calificadas para la ejecución del servicio y conocen las reglas de seguridad aplicables al trabajo, los procedimientos, normas, políticas aplicables, el plan de emergencias.

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Dayana Salcedo	52646910	SST	✓	✓	✓	✓	✓	✓	

SECCION 6- CIERRE

Se informa al responsable del área sobre la culminación de las actividades.	SI	NO	NA	Se retiran todos los dispositivos de bloqueo/etiquetado y tarjetas.	SI NO
Área despejada, y aseada demarcación retirada.	SI	NO	NA	Fecha de Cierre / Hora de Cierre	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSTRUCCIÓN SEGURA EDT

...que dentro de los cuadros SI / NO /NA según el caso. Si alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACIÓN.

SECCIÓN 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL ...MO. Indique otras causales si las hay:

Fecha de autorización del permiso:	Valido	Desde:	23	07	26	Hora:	9:00	Hasta:	28/07/26	Hora:	5:00
Obra y lugar donde se realiza el trabajo:	Planta Sede Cabaña Helena										
Contratista:											
Descripción de la actividad a realizar:	fundida de PISO										

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

Trabajo en caliente	SI	X NO	Trabajo en alturas	SI	NO	Espacios confinados	SI	NO	Otro	SI	NO	Cual

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad.

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (Fuente o Situación)		CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Resetivos)
firmar Permisos	FISICOS	[X] Ruido	[ ] Pérdida de la audición (Hipoacusia), estrés laboral	[X] Uso de protección auditiva, , mantenimiento a los equipos que genere ruido,
- Alistar PSO		[ ] Iluminación inadecuada	[ ] Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad visión	[ ] Instalación de iluminación adicional, programa mantenimiento luminaria
Con Malla PAC		[ ] Temperaturas extremas y humedad	[ ] Disminución de la destreza manual e intelectual, congelación de miembros y/o calambres, agotamiento, deshidratación, golpe de calor, quemaduras	[ ] Realizar mediciones ambientales, análisis de puestos de trabajo. Aprovechar ventilación natural en los sitios de trabajo
Poder fundir		[ ] Radiación no ionizante (UV)	[ ] Alteraciones de la piel, deshidratación, alteración en algunos tejidos blandos (ojos)..	[ ] Elemento de protección personal: Chaleco plomado, protector de cuello plomado, protector de gónadas plomado. Carrita para protección de soldadura, protector solar.
- Mezclar Cemento		[ ] Radiación ionizante	[ ] Dermatitis en manos, calambres, cáncer, etc.	[ ] Elementos de protección personal individual acorde a las actividades a realizar
- Trasportar con carretillo		[X] Vibraciones	[ ] Calambres, hormiguito, disminución de la fuerza de agarre	[ ] Mantenimiento y amortiguación de máquinas y equipos.
- fundir PSO con cemento	BIOLÓGICO	[ ] Bacterias, virus, hongos. Contacto con fluidos corporales y secreciones.	[ ] Dermatosis, reacciones alérgicas, enfermedades infecto contagiosas, alteraciones en los diferentes sistemas, muerte.	[ ] Uso de guantes, tapabocas, bata, gafas. Lavado de manos, control de aguas estancadas, aplicación de normas universales de bioseguridad.
		[ ] Inhalación de virus.	[X] Enfermedades humanas comunes provocadas por virus incluyen el resfriado, la gripe, la varicela y el herpes simple. Así como enfermedades graves tales como el ébola, el sida, la gripe aviar y el SARS son causadas por virus.	[X] Limpieza y desinfección de áreas, Uso de elementos de bioseguridad, cumplimiento de PAPSO
	BIOMECANICO	[X] Posturas prolongadas, mantenidas, forzadas	[ ] Desórdenes de trauma acumulativo; lesiones del sistema músculo esquelético; fatiga; alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y escoliosis; alteraciones del sistema vascular.	[ ] Practicas adecuadas de higiene postural, fortalecimiento muscular, pausas activas, participación en el programa Muévete, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas
		[X] Manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados.	[X] Lesiones musculo esqueléticas.	[ ] Manejo adecuado de posturas y cargas, fortalecimiento muscular, higiene postural al levantamiento de cargas, pausas activas, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas
		[X] Movimiento repetitivo	[X] Lesiones musculo esqueléticas.	[X] Higiene postural al levantamiento de cargas, pausas activas, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	[ ] Eléctrico	[ ] Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilación ventricular, tetanización, quemaduras severas, shock eléctrico, muerte.	[ ] Mantenimiento de redes y equipos eléctricos. Uso de guantes dieléctricos y botas dieléctricas. Aislamiento y señalización de las cajas eléctricas identificación de voltajes y canalización de cables. Reparaciones eléctricas por parte de personal autorizado.
		[ ] Caídas a distinto nivel	[X] Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte.	[ ] No sobrecargar las conexiones eléctricas y las tomas de corriente o extensión eléctrica.
		[X] Caídas al mismo nivel	[X] Traumas del sistema osteomuscular, heridas , golpes contusiones, muerte.	[ ] Permiso de trabajo seguro en alturas. Uso de EPCC adecuados para la actividad, certificado de entrenamiento en trabajo en alturas. Los trabajos a diferente nivel deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados y se deben emplear las herramientas y los equipos correctos.
		[ ] Espacios confinados	[ ] Asfixia, sofocamiento, choques eléctricos, caídas y fatiga por el calor, atrapamiento, intoxicaciones por atmosferas peligrosas, muerte	[X] Realizar el acceso seguro por escaleras portátiles, andamios y/o plataformas en buen estado y certificado.
		[ ] Trabajo en caliente	[X] Heridas, golpes, contusiones, laceraciones, electrocución, lumbagos, pérdida de audición, intoxicaciones, muerte.	[ ] Capacitación, uso de pasamanos y calzado adecuado. No hablar por celular al caminar. Aplicación de normas de autocuidado para la prevención de caídas y resbalones, reporte de condiciones inseguras.
		[ ] Mecánico: golpeado, golpeado contra, atrapamiento,manipulación de herramientas corto punzantes, proyección de partículas, superficies calientes.	[ ] Heridas, amputaciones, fracturas de tejidos blandos, golpes, fracturas, muerte, quemaduras.	[ ] Uso de escaleras portátiles debe contar o tener certificados
		[X] Locativo	[ ] Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	[ ] Permiso de trabajo ene s`pacio confinado. Ususo de EPCC, certificado de entrenamiento en espacios confinados, permiso de trabajo, equipos de iluminación y acompañante, sistemas de arranje, análisis de atmósferas. Estos trabajos deben ser realizados por personas idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados.
		[X] Público: robos agresiones asaltos.	[ ] Muerte, agresiones verbales y físicas, heridas, estrés laboral.	[ ] Permiso trabajo en caliente. Uso de guantes, camisa tacal, protección respiratoria, mampara de protección para soldadura, botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados.
		[ ] Accidentes de tránsito.	[X] Golpes, traumas, muerte, fracturas	[X] Mantenimiento de máquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad, careta). Aplicación de normas de autocuidado.
				[ ] Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones Programa orden y aseo (distribución de espacios, señalización, demarcación, ubicación de sillas).
				[ ] Personal de vigilancia, reporte oportuno de situaciones dentro de la obra, capacitación en el manejo de situaciones difíciles y autocuidado, formación periódica en temas de riesgo público.
				[ ] Formación al personal en medidas de prevención en normas de seguridad vial. Programa de mantenimiento preventivo de vehículos.

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

rque dentro de los cuadros SI / NO /NA según el caso. Si alguna de las verificaciones a las preguntas es "NO", NO SE DEBERA INICIAR EL TRABAJO HASTA TANTO NO SE SOLUCIONE LA SITUACIÓN.

SECCIÓN 1 - PERMISO DE TRABAJO INFORMACIÓN GENERAL- Completar en todos los Permisos

Causales para la suspensión del Permiso: LA OCURRENCIA DE UNA SITUACIÓN DE ALERTA, EXPLOSIÓN, INCENDIO, SEÑAL DE EVACUACIÓN U ORDEN EXPRESA DE LA PERSONA QUE AUTORIZA, DETERMINA LA SUSPENSIÓN DEL SMO. Indique otras causales si las hay:

Fecha de autorización del permiso: Valido Desde: 02/05/26 Hora: 8:00 Hasta: 07/05/26 Hora: 5:00

Obra y lugar donde se realiza el trabajo: Planta seca de Palma Herrera

Contratista:

Descripción de la actividad a realizar: fundida de PSO

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

Trabajo en caliente SI [ ] NO [X] | Trabajo en alturas SI [ ] NO [ ] | Espacios confinados SI [ ] NO [ ] | Otro SI [ ] NO [ ] Cual

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

Escribe el paso a paso de la actividad a realizar, marca con una X los riesgos, consecuencias y controles que se tienen en la actividad.

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)	PELIGRO (Fuente o Situación)		CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyuctivos y Resolivos)
— firmar Permisos	FISICOS	[X] Ruido	[ ] Pérdida de la audición (Hipoacusia), estrés laboral	[X] Uso de protección auditiva, , mantenimiento a los equipos que generen ruido,
— Alistar PSO		[ ] Iluminación Inadecuada	[ ] Fatiga visual, cefalea, disminución de la destreza y precisión, estrés, perdida capacidad visión	[ ] Instalación de iluminación adicional, programa mantenimiento luminarias
Con Malla PSO		[ ] Temperaturas extremas y humedad	[ ] Disminución de la destreza manual e intelectual, congelación de miembros y/o extremos, agotamiento, deshidratación, golpe de calor, quemaduras	[ ] Realizar mediciones ambientales, análisis de puestos de trabajo. Aprovechar ventilación natural en los sitios de trabajo
Poder tender		[ ] Radiación no Ionizante (UV)	[ ] Alteraciones de la piel, deshidratación, alteración en algunos tejidos blandos (ojos)..	[ ] Elementos de protección personal: Chaleco plomado, protector de cuello plomado, protector de gónadas plomado. Careta para protección de soldadura, protector solar.
— Mezclar Cemento		[ ] Radiación Ionizante	[ ] Dermatitis en manos, calambres, edemas, etc.	[ ] Elementos de protección personal individual acorde a las actividades a realizar
— Transportar con carretillas		[X] Vibraciones	[ ] Calambres, hormigueo, disminución de la fuerza de agarre	[ ] Mantenimiento y amortiguación de máquinas y equipos.
— Bondi. PSO Con cemento	BIOLÓGICO	[ ] Bacterias, virus, hongos. Contacto con fluidos corporales y secreciones.	[ ] Dermatosis, reacciones alérgicas, enfermedades infecto contagiosas, alteraciones en los diferentes sistemas, muerte.	[ ] Uso de guantes, tapabocas, botas, gafas. Lavado de manos, control de aguas estancadas, aplicación de normas universales de bioseguridad.
— Retirar PSO		[ ] Inhalación de virus.	[X] Enfermedades humanas comunes provocadas por virus incluyen el resfriado, la gripe, la varicela y el herpes simple. Así como enfermedades graves tales como el ébola, el sida, la gripe aviar y el SARS son causadas por virus.	[X] Limpieza y desinfección de áreas, Uso de elementos de bioseguridad, cumplimiento de PAPSO
— Organizar	BIOMECÁNICO	[X] Posturas prolongadas, mantenidas, forzadas	[ ] Desórdenes de trauma acumulativo; lesiones del sistema músculo esquelético; fatiga; alteraciones lumbares, dorsales, cervicales y escoras; alteraciones del sistema vascular.	[ ] Practicas adecuadas de higiene postural, fortalecimiento muscular, pausas activas, participación en el programa Mutuante, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas
		[X] Manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados.	[X] Lesiones musculo esqueléticas.	[ ] Manejo adecuado de posturas y cargas, fortalecimiento muscular, higiene postural el levantamiento de cargas, pausas activas, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas
		[X] Movimiento repetitivo	[X] Lesiones musculo esqueléticas.	[X] Higiene postural el levantamiento de cargas, pausas activas, reporte de condiciones inseguras, caminatas ergonómicas
	CONDICIONES DE SEGURIDAD	[ ] Eléctrico	[ ] Paro cardiaco, paro respiratorio, fibrilación ventricular, tetanización, quemaduras severas, shock eléctrico, muerte.	[ ] Mantenimiento de redes y equipos eléctricos. Uso de guantes dieléctricos, botas dieléctricas. Aislamiento y señalización de las cajas eléctricas. Identificación de voltajes y canalización de cables. Reparaciones eléctricas por parte de personal autorizado.
		[ ] Caídas a distinto nivel	[X] Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte.	[ ] No sobrecargar las conexiones eléctricas y las tomas de corriente o extensión eléctrica.
		[X] Caídas al mismo nivel	[X] Traumas del sistema osteomuscular, heridas , golpes contusiones, muerte.	[ ] Permiso de trabajo seguro en alturas. Uso de EPCC adecuados para la actividad, certificado de entrenamiento en trabajo en alturas. Las trabajos diferente nivel deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados y se deben emplear las herramientas y los equipos correctos.
		[ ] Espacios confinados	[ ] Asfixia, sofocamiento, choques eléctricos, caídas y fatiga por el calor, atrapamientos, intoxicaciones por atmosferas peligrosas, muerte	[X] Realizar el acceso seguro por escaleras portátiles, andamios y/o plataformas en buen estado y certificado.
		[ ] Trabajo en caliente	[X] Heridas, golpes, contusiones, laceraciones, electrocución, lumbagos, pérdida de audición, intoxicaciones, muerte.	[ ] Capacitación, uso de pasamanos y calzado adecuado. No hablar por celular al caminar. Aplicación de normas de autocuidado para la prevención de caídas y resbalones, reporte de condiciones inseguras
		[ ] Mecánico: golpeado, golpeado contra, atrapamiento,manipulación de herramientas corto punzantes, proyección de particulas, superficies calientes.	[ ] Heridas, amputaciones, fracturas de tejidos blandos, golpes, fracturas, muerte, quemaduras.	[ ] Uso de escaleras portátiles dobla cuerpo o tijera certificadas
		[X] Locativo	[ ] Golpes, heridas, contusiones, fracturas, esguinces, luxaciones, muerte	[ ] Permiso de trabajo ane o pasio confinado. Ususo de EPCC, certificado entrenamiento en espacios confinados, permiso de trabajo, equipos de iluminación y acompañante, sistemas de drenaje, análisis de atmósfera. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados.
		[X] Público: robos agresiones asaltos.	[ ] Muerte, agresiones verbales y físicas, heridas, estrés laboral.	[ ] Permiso trabajo en caliente. Uso de guantes, careta facial, protección respiratoria, mampara de protección para soldadura, botas de seguridad, polainas, permiso de trabajo. Estos trabajos deben ser realizados por personal idóneo con el entrenamiento requerido y los EPP indicados.
		[ ] Accidentes de tránsito.	[X] Golpes, traumas, muerte, fracturas	[X] Mantenimiento de máquinas, uso de EPP (guantes, gafas, casco, calzado de seguridad, careta). Aplicación de normas de autocuidado.
				[ ] Mantenimiento preventivo y correctivo a las instalaciones Programa de orden y aseo (distribución de espacios, señalización, demarcación, ubicación de oficinas).
				[ ] Personal de vigilancia, reporte oportuno de situaciones dentro de la obra, capacitación en el manejo de situaciones difíciles y autocuidado, formación periódica en temas de riesgo público.
				[ ] Formación al personal en medidas de prevención en normas de seguridad vial. Programa de mantenimiento preventivo de vehículos.

QUIMICO	☐ Contacto con sustancias irritantes.	☐ Quemaduras, dermatitis, reacciones alérgicas Asfixia, alteraciones del sistema nervioso central, paros cardiorrespiratorios, muerte.	☐ Almacenamiento adecuado de los productos químicos, conocer las reglas de seguridad de los químicos y su manipulación de manera segura antes de utilizarlos, evitar cantidades innecesarias en las áreas de almacenamiento, identificación de los productos químicos, contar con kit d derrames uso de EPP (careta con filtros de cartucho químico, gafas, botas guantes) campanas de extracción, capacitar al personal en el manejo de sustancias peligrosas, identificación de peligros , fichas de seguridad, matrices de compatibilidad y demás componentes del programa
	☐ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores.	☐ Depende del agente químico.	
	☐ Inhalación de material particulado.	☐ Afecciones respiratorias y cardiacas.	
PSICOLOGICO Y AMBIENTAL	☐ Acumulación de basuras.	☒ Infecciones, intoxicaciones	☒ Separacion de residuos y reciclaje
	☐ Condiciones intralaborales	☐ Estrés, enfermedades psicosomáticas, ansiedad y depresión	☐ Apoyo del jefe o supervisor, manejo del tiempo, planeación y organización claridad del rol, autonomía en el trabajo, apoyo de los compañeros, evaluación de desempeño, trabajo en equipo, conciliación vida laboral-familiar, adecuación interfase persona-tarea, condiciones de la tarea. Estrategias de afrontamiento del estrés.
NATURAL	☒ Probabilidad de lluvia	☐ Resfriado, malestar general, viroris	☒ Suspender actividades en lugares abiertos
	☒ probabilidad de Sismo	☐ Fracturas, lesiones, muerte	☒ resguardarse y seguir el plan de emergencia

Verifique que se haya considerado dentro del ATS todos los peligros y las medidas de control están implementadas (marque NA si el peligro no está presente en el área).

! EPP - SEÑALIZACION Verificar

	SI	NO	N

pecciones antes y después de cada uso el estado de los EPP / Sistemas de prevención y protección, necesarios para realizar la actividad de forma segura, con base en el ATS, abténgase de utilizar EPP / Sistemas de prevención y protección en mal estado, deteriorados y sin tificación. Informe a su jefe inmediato cualquier anomalía encontrada.

Ropa			
erol de trabajo	☒	NO	NA
erol Ignifugo. Categoría:	SI	NO	NA
to	SI	NO	NA
ngurrias	SI	NO	NA
Alainas	SI	NO	NA
ro (Cual):	SI	NO	NA

Protección respiratoria			
spirador con cartuchos para:	SI	NO	NA
scarilla desechable para:	SI	NO	NA
ro (Cual):	SI	NO	NA

Protección cabeza			
sco Tipo__ Clase__ SN__ CON__ Barbuquejo	SI	NO	NA
navo en tela o carnaza	SI	NO	NA

Protección de pies y piernas			
Botas de seguridad con puntera	☒	NO	NA
Botas dieléctricas	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA

Protección auditiva			
Tipo Inserción	SI	NO	NA
Tipo copa	SI	NO	NA

Sistema / Equipo de Prevención - Protección Contra Caída y Espacios Confinados			
Arnés, Tipo:	SI	NO	NA
Mosquetón	SI	NO	NA
Eslinga, Tipo:	SI	NO	NA
Línea de vida, Tipo:	SI	NO	NA
Freno/Arrestador	SI	NO	NA
Punto de anclaje (Cual):	SI	NO	NA

Protección facial y ocular			
Careta lente neutro	SI	NO	NA
Monogafas / Gafas	SI	NO	NA
Gafas de oxicorte	SI	NO	NA
Careta de soldador	SI	NO	NA
Careta de dieléctrico, clase:	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA

Autorretráctil	SI	NO	NA
Tie-off	SI	NO	NA
Baranda con rodapiés	SI	NO	NA
Sistema de acceso (Cual):	SI	NO	NA
Trípode / pescante	SI	NO	NA
Otro (Cual):	SI	NO	NA

Barrera/Señales de advertencia			
Peligro Trabajo:	☒	NO	N
Precaución	SI	NO	N
Demarcación Perimetral	SI	NO	N
Otro (Cual):	SI	NO	N

Guantes			
Protección mecánica	SI	NO	N
Protección dieléctrica	SI	NO	N
Protección química	SI	NO	N
Otro (Cual):	SI	NO	N

Otros			
Tapete dieléctrico	SI	NO	N
Pértiga	SI	NO	N
Otro (Cual):	SI	NO	N

NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar						SI	NO
EMERGENCIAS: Recordar y verificar							
A.- Las emergencias potenciales que pueden ocurrir	SI	NO	NA	D.- Puntos de encuentro		SI	NO
B.- Los procedimientos establecidos para tales situaciones.	SI	NO	NA	E.- Ubicación de equipos de emergencia en el sitio de trabajo (camilla, botiquín, extintor)		SI	NO
C.- Rutas de Evacuación	SI	NO	NA	F.- Ubicación de Brigadistas cercanos		SI	NO

SECCIÓN 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCION 4- FIRMAS

i) Las abajo firmantes somos conscientes de los riesgos relacionados con la ejecución del trabajo, así como de las medidas preventivas determinadas con el fin de realizar el trabajo de forma segura, asumiendo el compromiso de cumplir con las orientaciones de seguridad contenidas en este ocumento, utilizar los equipos de protección personal y ejecutar solamente los servicios o actividades cubiertos por esta autorización. Así mismo manifiesto mi buen estado de salud para el desarrollo de las actividades.
j) Se verifican certificados de aptitud médica para Trabajos en alturas y espacios confinados; según aplique, con fecha de expedición inferior a un año, se anexan soportes a este permiso.
k) Se verifican competencia - entrenamiento para TSA, TEC, trabajo en caliente, energías peligrosas, operación de equipo o maquinaria, trabajos con energía eléctrica; según aplique, se anexan soportes a este permiso.
l) Se verifican el estado de afiliación al sistema de seguridad social (EPS, ARL, Fondo de Pensiones), se anexan soportes a este permiso.
m) Para espacios confinados aplican lo siguientes ROLES: Trabajador Entrante, Vigía, Supervisor.

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Pablo E Hurtado	1998019	oficial	Pablo Hurtado	Pablo H	Pablo Hurtado	Pablo Hurtado	Pablo Hurtado	Pablo Hurtado	
Edwin d Hurtado	1023039	Ayudante	Edwin H	Edwin H	Edwin H	Edwin H	Edwin H	Edwin H	

SECCION 9- AUTORIZACIONES DIARIAS

He tenido conocimiento de la actividad que se realizará en mi área a cargo, validó las recomendaciones descritas en el cuerpo del PERMISO DE TRABAJO Y ATS, realicé inspección de seguridad del área donde se realizará el trabajo (incluir áreas o actividades vecinas), Alerté sobre los riesgos específicos del lugar donde se realizará el trabajo. Se garantizar que las recomendaciones de SST descritas y consignadas serán cumplidas. Verifiqué las buenas condiciones de los equipos y herramientas que serán utilizados. Me asegure que las personas implicadas están calificadas para la ejecución del servicio y conocen las reglas de seguridad aplicables al trabajo, los procedimientos, normas, políticas aplicables, el plan de emergencias.

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Dorfa Garcia	51966221	SST							

SECCION 10- CIERRE

Se informo al responsable del área sobre la culminación de las actividades.	SI	NO	NA	Se retiraron todos los dispositivos de bloqueo(candados y tarjetas).		SI	NO
Área despejada, y sesada demarcación retirada.	SI	NO	NA	Fecha de Cierre	Hora de Cierre		

INSPECCIONES

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

9GSST-F-39	
VERSIÓN: 09	
REVISIÓN: 27/11/2024	

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 16 | MES 07 | AÑO 2026 | HORA: 7:30

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 21 | MES 07 | AÑO 2026 | HORA: 5:00

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Obras DT — **Nº CONTRATO:** Rito 72 sede D

ÁREA O LUGAR: — **Nº PERSONAS EJECUTORAS:** 2

ACTIVIDAD A REALIZAR: Alistar Piso para Enchape

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Pulidora, Rotomartillo.

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?			X
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?			X
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?			X
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?			X
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?			X
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?			X

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.	X		

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)		X
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.		X
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)		X
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS		X

5 Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura. SI [ ] NO [X]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados. SI [ ] NO [X]
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuales? _____

6 Afectaciones (Determinados por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O.C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O.C.C.
16-07-26	16-07-26 - 21-07-26	[signature]	Pablo E Hurtado
			Edwin H

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:
- [ ] El trabajo ha sido terminado
- [ ] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [ ] Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:
- [ ] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [ ] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [ ] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

SGSST-F-20	
VERSIÓN: 08	
REVISIÓN: 27/11/2024	

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 23 | MES 02 | AÑO 26 | HORA: | **PERMISO VÁLIDO HASTA:** DÍA 28 | MES 02 | AÑO 26 | HORA:

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Obras UT **Nº CONTRATO:**

ÁREA O LUGAR: Piloto Sede D **Nº PERSONAS EJECUTORAS:** 2

ACTIVIDAD A REALIZAR: Alistar Piso para fundir

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Rotulera:

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y ensayado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?	X		
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?	X		
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?	X		
¿Se observa bloqueo visual en llaves de paso, válvulas y equipos?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?	X		

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con filtro para soldadura	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.	X		

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)

	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)		X
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.		X
He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)		X
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS		X

5 Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura.	SI [ ]	NO [X]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados.	SI [ ]	NO [X]
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo?	SI [ ]	NO [X]
¿Cuales?		

6 Afectaciones (Determinadas por el líder ejecutante) — Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes?	SI [ ]	No [X]
¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo?	SI [ ]	No [X]

¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique)

7 Firmas Emisión y Revalidaciones

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hors-hora)	EMISOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.	EJECUTOR FIRMA Y REGISTRO O C.C.
23-02-26	23-02-26 - 28-02-26		Pablo E Hurtado Edwin H

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:

- [ ] El trabajo ha sido terminado
- [ ] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [ ] Entrego el área limpia y libre de desechos y materiales

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:

- [ ] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [ ] Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo
- [ ] El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE

NOMBRE, FIRMA Y C.C. EMISOR

FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (am o pm):

OBSERVACIONES:

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

SISTEMA DE GESTIÓN SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJOS EN CALIENTE

SGSST-F-30	
VERSIÓN: 02	
REVISIÓN: 23/11/2015	

1 Generalidades

FECHA DE INICIO: DÍA 02 | MES 03 | AÑO 16 | HORA: 6:00

PERMISO VÁLIDO HASTA: DÍA 07 | MES 03 | AÑO 16 | HORA: 5:00

EMPRESA EJECUTORA: Consorcio Obras UT — **Nº CONTRATO:** 2

ÁREA O LUGAR: Piloto Sede D — **Nº PERSONAS EJECUTORAS:**

ACTIVIDAD A REALIZAR: Alistar Piso para Fundir

HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR: Palustra.

Los ejecutantes han recibido información sobre la tarea, medidas preventivas para los riesgos asociados a la tarea, medidas de emergencia, equipos necesarios para realizar el trabajo y los equipos de protección personal requeridos durante la ejecución de los trabajos. SI [X] NO [ ]

2 Verificación de las medidas preventivas (Antes de iniciar labores)

	SI	NO	N/A
¿El sitio donde se ejecutará el trabajo está libre de sustancias químicas y materiales que puedan ser combustibles o inflamables?	X		
¿Los equipos y materiales están cubiertos y protegidos correctamente con lonas?	X		
¿Se han instalado mamparas para proteger y aislar las personas y equipos de las áreas vecinas?	X		
¿Se han cubierto todas las aberturas en paredes y pisos?	X		
¿Se han dispuesto extintores adecuados en cantidad y clase en el sitio de trabajo, diferentes a los existentes en la zona?	X		
¿Los equipos a utilizar tienen sus cables y conexiones en buenas condiciones?	X		
¿La persona encargada de ejecutar la labor ha recibido instrucciones y precauciones a seguir en la ejecución de la tarea?	X		
¿Se requiere la presencia de una persona de seguridad industrial o un brigadista de la empresa durante la ejecución de la labor?	X		
¿Se ha verificado y enseyado los sistemas de protección contra incendio y de seguridad en máquinas y equipos de la zona donde se realizará el trabajo?	X		
¿Se garantiza que la persona que realizará el trabajo, conoce el equipo y los procedimientos contemplados para solicitar un permiso?	X		
Si el suelo es de material combustible, ¿se ha mojado la zona o cubierto con arena mojada u otro material incombustible?	X		
¿Se ha delimitado y señalizado el área de trabajo como medida de prevención?	X		
Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Control de acceso)	X		
¿El equipo de soldadura ha sido inspeccionado y se encuentra en buen estado?	X		
¿El área de trabajo tiene una correcta ventilación natural o es necesario emplear ventilación artificial?	X		
¿Las mangueras se encuentran libres de grietas, cristalización y los acoples están herméticamente sellados?	X		
¿Los cilindros se encuentran en posición vertical, bien asegurados y libres de fugas?	X		
¿Los cilindros cumplen con el estándar de identificación (Nombre del producto y rotulación NFPA o UN)?	X		
¿Se observa bloqueo visual en líneas de paso, válvulas y equipos?	X		
¿La actividad de trabajo en caliente requiere el corte de energía eléctrica o gas?		X	

3 Equipos y elementos de protección personal requeridos

	SI	NO	N/A
¿Se tienen los elementos de protección personal apropiados y en buen estado para realizar el trabajo (Camisa manga larga, Protección facial, Protección visual, monja, Botas de seguridad para soldador, Guantes, polainas de carnaza, delantal)?	X		
El trabajador cuenta con la careta para soldar con libro para soldadura	X		
Las puestas a tierra están habilitadas e instaladas.	X		
El trabajador cuenta con protección respiratoria para gases y humos de soldadura.		X	

4 Requerimiento de documentos anexos (Revisados por el líder ejecutante)

	SI	NO
Se ha verificado la afiliación vigente a la seguridad social de las personas directas y contratistas. (Anexar Evidencias)		X
Se han revisado los Certificados de aptitud médico ocupacional de cada trabajador.		X
Se verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar. (Registros de inspección)		X
Se han elaborado permisos adicionales requeridos por la labor programada ALTURAS		X

5 Requerimientos adicionales

1. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en altura. SI [ ] NO [X]
2. Por la condición del lugar donde se ejecuta el Trabajo en Caliente se requiere permiso de trabajo en espacios confinados. SI [ ] NO [X]
3. Se deben usar otros permisos adicionales para el trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuáles? _____

6 Advertencias (Determinadas por el líder ejecutante)

Marque con "X" según aplique

¿Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? SI [ ] NO [X]

¿Los trabajos en áreas adyacentes producen riesgos sobre este trabajo? SI [ ] NO [X]

¿Cuáles son las acciones para controlar estos riesgos? (Explique) _____

7 Firmas Solidaria y Responsabilidades

COMO EJECUTOR: He verificado con el emisor la aplicación de Permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al grupo ejecutor. He verificado el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

COMO EMISOR: He verificado en campo con el ejecutor la aplicación de permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FECHA (dd/mm/aa)	VALIDEZ DESDE - HASTA (hora-fecha)	EMISOR FIRMA Y NÚMERO C.C.	EJECUTOR FIRMA Y NÚMERO C.C.
02-03-16	02-03-16 - 07-03-16		Pablo E. [illegible]
			Edwar H

8. Cierre (Indique "SI" o "NO" en cada casilla)

EJECUTOR: Personalmente declaro que:

- [ ] El trabajo ha sido terminado
- [ ] El sitio y los equipos quedan en condiciones seguras
- [ ] Dejaré el área limpia y libre de desechos y materiales

NOMBRE, FIRMA Y CC EJECUTOR

EMISOR: Personalmente he verificado que:

- [ ] El área queda limpia y libre de desechos y materiales
- [ ] Se ha retirado satisfactoriamente el personal
- [ ] El permiso de trabajo ha sido cancelado

NOMBRE, FIRMA Y CC EMISOR

FECHA (dd/mm/aa) Y HORA (hh:mm)

Observaciones

CONSORCIO CDT	PREOPERACIONAL DE PULIDORA

Maquina: Pulidora
Obra: Pabellon sede D
Horas inicio de semana: 8 am
Horas fin de semana: Siempre

Semana: 16 AL 21 febero

ÍTEM	VERIFICAR	PARÁMETRO	Lun			Mar			Mie			Jue			Vie			Sab			Dom		
			B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
1	Protección del disco. (Guardas o carcasa de seguridad disco).	Fijas , en buenas condiciones, (que no estén rotas, sin fisuras) y en la posición correcta	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
2	Disco	Correctamente Ajustado , sin fragmentaciones , sin fisuras y sin desgaste acentuado, de las mismas rpm que el equipo.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
3	Mangos o puntos de apoyo	Que estén en perfecto estado, (que no estén rotos y sin fisuras), aislados y fijos.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
4	Cuerpo de la pulidora	Que este ensamblado, completo, debidamente aislado y sin fisuras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5	Interruptores y / o pulsadores eléctricos de encendido y apagado.	Interruptores o pulsadores fijos, de fácil acceso, en buenas condiciones de (encendido y apagado) ,sin cables eléctricos expuestos.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6	Extensión eléctrica	Extensiones con longitud suficiente de alcance de la toma al area de trabajo, debidamente aisladas , conectadas y sin empalmes.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
7	Cuenta con los elementos de protección personal para operar la pulidora	Mascarilla , gafas ,peto,asco , ventanilla , protección auditiva, guantes (vaqueta o camaza).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
8	Verificar funcionamiento general (con pulidora energizada).	Sin vibraciones Movimientos o ruidos anormales y escobillas en buen estado (verifique que no emitan chispas).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

RECOMENDACIONES

OPERE EL EQUIPO SOLAMENTE DESPUÉS DE REALIZADA LA INSPECCIÓN DE PRE-USO

VERIFIQUE SI ESTE EQUIPO TIENE LA ETIQUETA DE ATENCION NO USAR

INFORME AL SUPERVISOR DE LA SECCIÓN CUALQUIER CONDICIÓN DE RIESGO EN EQUIPO

Fecha último mantenimiento del equipo:

Observacion:

	REVISÓ (Operador del equipo)	APROBÓ (Residente SST)
NOMBRE Y APELLIDO	Pablo Hernandez	Dayana Espinel
CARGO:	Encargado	SST

CONSORCIO EDT

PREOPERACIONAL DE PULIDORA

Maquina: Pulidora
Obra: Piloto D
Horas inicio de semana: 800
Horas fin de semana: 500

Semana: 23-27 febero 26

ÍTEM	VERIFICAR	PARÁMETRO	Lun			Mar			Mie			Jue			Vie			Sab			Dom		
			B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
1	Protección del disco. (Guardas o carcasa de seguridad disco).	Fijas , en buenas condiciones, (que no estén rotas, sin fisuras) y en la posición correcta	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
2	Disco	Correctamente Ajustado , sin fragmentaciones , sin fisuras y sin desgaste acentuado, de las mismas rpm que el equipo.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
3	Mangos o puntos de apoyo	Que estén en perfecto estado, (que no estén rotos y sin fisuras), aislados y fijos.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
4	Cuerpo de la pulidora	Que este ensamblado, completo, debidamente aislado y sin fisuras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5	Interruptores y / o pulsadores eléctricos de encendido y apagado.	Interruptores o pulsadores fijos, de fácil acceso, en buenas condiciones de (encendido y apagado) ,sin cables eléctricos expuestos.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6	Extensión eléctrica	Extensiones con longitud suficiente de alcance de la toma al area de trabajo, debidamente aisladas , conectadas y sin empalmes.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
7	Cuenta con los elementos de protección personal para operar la pulidora	Mascarilla , gafas ,peto,asco , ventanilla , protección auditiva, guantes (vaqueta o camaza).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
8	Verificar funcionamiento general (con pulidora energizada).	Sin vibraciones Movimientos o ruidos anormales y escobillas en buen estado (verifique que no emitan chispas).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

RECOMENDACIONES

OPERE EL EQUIPO SOLAMENTE DESPUÉSDE REALIZADA LA INSPECCIÓN DE PRE-USO

VERIFIQUE SI ESTE EQUIPO TIENE LA ETIQUETA DE ATENCION NO USAR

INFORME AL SUPERVISOR DE LA SECCIÓN CUALQUIER CONDICIÓN DE RIESGO EN EQUIPO

Fecha ultimo mantenimiento del equipo:

Observacion:

	REVISÓ (Operador del equipo)	APROBÓ (Residente SST)
NOMBRE Y APELLIDO	Pablo Huertas	Deyana Esparza
CARGO:	Encargado	SST
FIRMA:	Pablo Huertas	

CONSORCIO CONSTRUCTOR CONSULTORES

PREOPERACIONAL DE PULIDORA

Maquina: Pulidora
Obra: Piloto D
Horas inicio de semana: 800
Horas fin de semana: 500

Semana: 02 A 03 Marzo 26

ITEM	VERIFICAR	PARÁMETRO	Lun			Mar			Mie			Jue			Vie			Sab			Dom		
			B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M
1	Protección del disco. (Guardas o carcasa de seguridad disco).	Fijas , en buenas condiciones, (que no estén rotas, sin fisuras) y en la posición correcta	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
2	Disco	Correctamente Ajustado , sin fragmentaciones , sin fisuras y sin desgaste acentuado, de las mismas rpm que el equipo.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
3	Mangos o puntos de apoyo	Que estén en perfecto estado, (que no estén rotos y sin fisuras), aislados y fijos.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
4	Cuerpo de la pulidora	Que este ensamblado, completo, debidamente aislado y sin fisuras	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5	Interruptores y / o pulsadores eléctricos de encendido y apagado.	Interruptores o pulsadores fijos, de fácil acceso, en buenas condiciones de (encendido y apagado) ,sin cables eléctricos expuestos.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6	Extensión eléctrica	Extensiones con longitud suficiente de alcance de la toma al area de trabajo, debidamente aisladas , conectadas y sin empalmes.	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
7	Cuenta con los elementos de protección personal para operar la pulidora	Mascarilla , gafas ,peto,aseo , ventanilla , protección auditiva, guantes (vaqueta o carnaza).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
8	Verificar funcionamiento general (con pulidora energizada).	Sin vibraciones Movimientos o ruidos anormales y escobillas en buen estado (verifique que no emitan chispas).	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

RECOMENDACIONES

OPERE EL EQUIPO SOLAMENTE DESPUÉSDE REALIZADA LA INSPECCIÓN DE PRE-USO

VERIFIQUE SI ESTE EQUIPO TIENE LA ETIQUETA DE ATENCION NO USAR

INFORME AL SUPERVISOR DE LA SECCIÓN CUALQUIER CONDICIÓN DE RIESGO EN EQUIPO

Fecha último mantenimiento del equipo:

Observacion:

	REVISÓ (Operador del equipo)	APROBÓ (Residente SST)
NOMBRE Y APELLIDO	Pablo Hurtado	Dayana Estrada
CARGO:	Encargado	SST
FIRMA:	Pablo Hurtado	

ENTREGA EPP

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Pablo Herrera	CC.	2996024	Encargado	Group.

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el contratista con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979. Art. 122. sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control

Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST

El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Guantes Caucho	1	05/1/2026	Pablo H
2	Guantes Hilo	1	08/1/2026	Pablo H
3	Guantes Hilo	1	16/02/26	Pablo H
4	Guantes Caucho	1	18/02/26	Pablo H
5	Gafas	1	21/02/26	Pablo H
6				
7				
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

CONSORCIO OBRAS CIVILES ATIVAS DT	GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SGSST-F-03	
	ENTREGA DE DOTACIÓN	PAGINA 1 DE 1	
		VERSION: 0.0	FECHA: 11/7/2024

NOMBRE	Andres Stefan	CEDULA No.	1012406005
CARGO	Oficial		

DOTACION ENTREGADA

ITEM	DOTACION ENTREGADA	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Botas	1	25/11/25	Edwin A H
2	Casco	1	25/11/25	Edwin A H
3	Camibuso	1	25/11/25	Edwin A H
4	Gafas	1	17/01/26	Edwin A H
5	Guantes	1	22/01/26	Edwin A H
6	Tapabocas	1	22/01/26	Edwin A H
7	Tapaoidos	1	22/01/26	Edwin A H
8	Guantes	1	26/01/26	Edwin A H
9	Guantes	1	09/02/26	Edwin A H
10	Guantes	1	16/02/26	Edwin H
11	Guantes	1	03/02/26	Edwin A H
12	Gafas	1	03/02/26	Edwin A H

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA

NOMBRE	Deyanira Espinel	CEDULA No.	52964205
CARGO	SST	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de salud ocupacional que contibuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que ha recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Usando los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) estoy cumpliendo con mis deberes como trabajador definidos en la ley a través de la siguiente normatividad: CODIGO SUSTANTIVO DEL TRABAJO; Art. 56 y Art. 58 numeral 7; LEY 9 DE 1979; Art. 88; DECRETO 1295 DE 1994: Art. 22. Soy responsable del uso y cuidado de los EPP mismo so pena de verme inmerso en faltas penales o disciplinarias. El presente compromiso quedará archivado en el Departamento de Gestión de Talento Humano - Salud Ocupacional como sistema de verificación y seguimiento del cumplimiento de mis deberes y derechos como empleado.

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

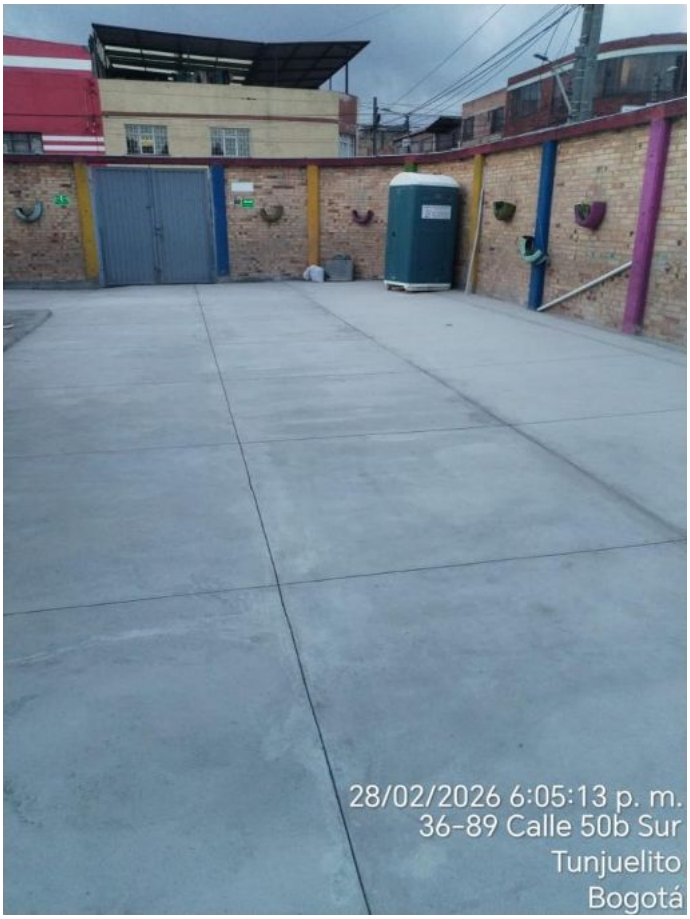
FIRMA DE QUIEN RECIBE EL ELEMENTO Y LEE EL COMPROMISO:

Edwin H

CEDULA No: 1012406005

ACTIVIDADES DE OBRA


28/02/2026 6:03:59 p. m.
50b13 Carrera 37
Tunjuelito
Bogotá


28/02/2026 6:05:13 p. m.
36-89 Calle 50b Sur
Tunjuelito
Bogotá


28/02/2026 6:02:44 p. m.
50b13 Carrera 37
Tunjuelito
Bogotá


28/02/2026 6:02:32 p. m.
50b13 Carrera 37
Tunjuelito
Bogotá

LEONARDO POSADA

BASE DE DATOS PERSONAL

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	FORMATO DE PERSONAL ACTUALIZADO										
CENTRO DE TRABAJO	**LEONARDO POSADA**										
ITEM	**CEDULA**	**NOMBRE**	**APELLIDOS**	**CARGO**	**EPS**	**ARL**	**AFP**	**INGRESO**	**SALIDA**	**FECHA EXAMEN MEDICO**	**FECHA CURSO DE ALTURAS**
1	79.604.703	JOSE RAUL	NIÑO VARGAS	MAESTRO	NUEVA EPS	POSITIVA	COLPENSIONES	12/11/2025	14/02/2026	20/11/2025	3/01/2026
2	1.023.943.690	LUIS FERNANDO	CRUZ Rodríguez	AYUDANTE	NUEVA EPS	POSITIVA	PORVENIR	25/11/2025	14/02/2026	20/11/2025	3/01/2026
3	79.899.187	DARLEY ALBERTO	MONÁ VEGA	OFICIAL	FAMISANAR	POSITIVA	PROTECCIÓN	13/01/2026	14/02/2026	23/01/2026	24/01/2026
4	3.072.054	MISAEL	NIÑO ROJAS	OFICIAL	FAMISANAR	POSITIVA	COLPENSIONES	26/01/2026	14/02/2026		N/A
5	1.110.454.803	EDINSON ALBEIRO	TORRES SALCEDO	MAESTRO	NUEVA EPS	POSITIVA	PROTECCIÓN	14/01/2026		3/12/2025	N/A
6	1.010.840.328	DANIEL ALEJANDRO	BELTRAN Rodríguez	AYUDANTE	FAMISANAR	POSITIVA		04/03/2026			N/A
7	93.383.437	GERSON ARBEY	VELAZCO CASTRO	OFICIAL	FAMISANAR	POSITIVA	PROTECCIÓN	04/03/2026		3/12/2026	N/A

DOCUMENTACIÓN INGRESO

CEDULA DE CIUDADANIA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.010.840.328**



Apellidos
BELTRAN RODRIGUEZ

Nombres
DANIEL ALEJANDRO

Nacionalidad	Estatura	Sexo
COL	1.69	M

Fecha de nacimiento	G.S.
27 AGO 2003	O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
27 SEPT 2021, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
06 OCT 2035

Firma

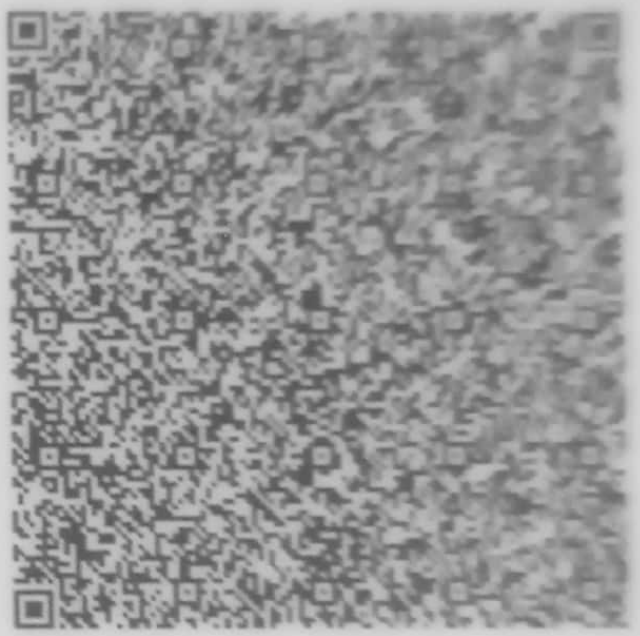


Powered by CamScanner

00

0816979 20

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL0816979200150O1<<<<<<<<<<<
0308278M3510063COL1010840328<6
BELTRAN<RODRIGUEZ<<DANIEL<ALEJ

Powered by CamScanner

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012723651
9012723651

No. de Radicación SAT: 30374347

Fecha de Radicación: 04 03 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación: X	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia: X; - Beneficiario o afiliado adicional:	A. Contributivo: X	SI:	A. Cotizante: X	A. Dependiente: X	
B. Reporte de Novedades:	B. Colectiva:	B. Subsidiado:	NO:	B. Cabeza de familia:	B. Independiente:	
	C. Institucional:			C. Beneficiario:	C. Pensionado:	
	D. De oficio:			D. Afiliado adicional:		

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: BELTRAN	Segundo Apellido: RODRIGUEZ	Primer Nombre: DANIEL	Segundo Nombre: ALEJANDRO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1010840328	Femenino: Masculino: X	Femenino: Masculino: X; T: NB: Otro: Cual:	COLOMBIANO/COLOMBIANA

14. Lugar de nacimiento – País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Colombia	TOLIMA	MARIQUITA	27 08 2003

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
6	NINGUNO	SI: NO: X	SI: NO:	Nivel: 0 Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.	SIN AFP	$1.750.905	

26. Residencia – Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico
CARRERA 87K 69A SUR 23	NT	3150598486	ALEJANDROBELTRAN@HOTMAI

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
DISTRITO CAPITAL	BOGOTA		Cabezera Municipal: X; Rural Disperso: ; Centro Poblado: ; Resto Rural:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres – Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino: Masculino:	Femenino: Masculino: T: NB: Otro: Cual:	

33. Lugar de nacimiento – País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	39. Sexo biológico: Masculino	40. Sexo identificación: F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: NIVEL	GRUPO	49. Discapacidad: SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PORVENIR	4016
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GROUP INTEGRAL PRO SAS	NT	901407518	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
AV CR 15 106 51 P 2	3835628		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
NINGUNA	D D M M A A 04 03 2026	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

[X] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
[ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
[ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
[ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
[X] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
[X] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
[X] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
[X] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
[ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
[ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	TOTAL ANEXOS
Cantidad:									

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE OBRA

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Vigilado Supersalud

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

9012723651
9012723651

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: DANIEL ALEJANDRO BELTRAN RODRIGUEZ Identificación: CC 1010840328

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espóntanea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en ***www.famisanar.com.co***, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Asi mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar; y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

*“**Datos sensibles:** se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos.” (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013).*

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI [ ] NO [X]

Firma del Afiliado:

Nombres y Apellidos: DANIEL ALEJANDRO BELTRAN RODRIGUEZ Identificación: CC 1010840328

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

CER_AFI_2026021110908

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Daniel Alejandro Beltran Rodriguez identificado con CC. 1010840328 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	GROUP INTEGRAL PRO SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901407518

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/04	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC03032026N1010840328A11934860.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nombre:	Daniel Beltran	**Cedula:**	1010910328
Fecha:	05 Marzo 2026	**Cargo:**	Estudiante

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad



2. Señale con un X lo que NO se permite hacer en la obra.



CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS CDT

Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

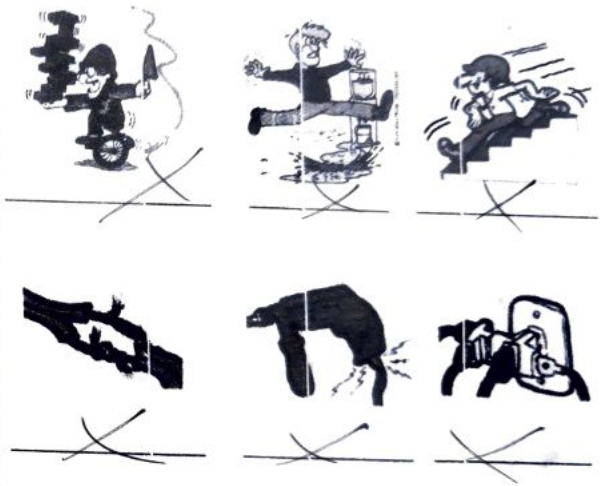
EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

3. El trabajo en alturas según la Resolución 4272 de 2021 aplica a partir de:
   a. 1 metro
   b. 1.50 metros
   c. 2 metros
   d. 3 metros

4. Si detectas un riesgo en tu área, lo primero que debes hacer es:
   a. Ignorarlo
   b. Contárselo a un compañero
   c. Reportarlo al jefe inmediato o SST
   d. Continuar trabajando

5. El lavado de manos y la higiene ayudan a prevenir enfermedades respiratorias en obra. Verdadero o falso (V)
6. Menciona dos riesgos que puedas encontrar en tu frente de obra
   - Biologico
   - Fisico
7. ¿Cuál es el color de la señal de advertencia que indica peligro?
   a. Azul
   b. Verde
   c. Rojo
   d. Amarillo

8. Identifique cuales son los actos y condiciones inseguras:



CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100

FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1010840328

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	Sistema de Gestión de la Seguridad y *Salud* en el Trabajo
	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombres y Apellidos: Daniel Beltran **Fecha:** 05 Mar 2020

Área: Operativa **Cargo a desempeñar:** Ayudante

Por favor marque con una (X) los peligros a los que está expuesto en su lugar de trabajo:

 X **Biológico**	 X **Ruido**	 X **Vibración**	 **Temperaturas**
 X **Material particulado**	 **Manejo de sustancias químicas**	 X **Atrapamiento**	X  **Golpes**
 X **Cortes**	 X **Caídas a mismo nivel**	 X **Caídas a distinto nivel**	 X **Eléctrico**
 **Incendio**	 X **Caída de objetos**	 X **Manipulación manual de cargas**	 X **Riesgo publico**

Con la firma de este formato, el trabajador declara haber sido informado y haber comprendido los riesgos de su puesto de trabajo.

Firma trabajador

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Daniel Alejandro Beltran B.	C.C.	1.010.840.328	Ayudante	Leonardo Parada

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el contratista con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, fisico y social.

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, botas, guantes, gafas, tapa bocas	1	05/03/2026	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Scanned with CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:00:40 PM horas del 17/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1010840328**
Apellidos y Nombres: **BELTRAN RODRIGUEZ DANIEL ALEJANDRO**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 293071612

PIB
17:01:49

Bogotá DC, 17 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANIEL ALEJANDRO BELTRAN RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1010840328:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 17 de marzo de 2026, a las 17:02:17, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1010840328
Código de Verificación	1010840328260317170217

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB


CÉDULA DE CIUDADANÍA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 93.383.437
Apellidos
VELAZCO CASTRO
Nombres
GERSON ARBEY
Nacionalidad
COL
Estatura
1.72
Sexo
M
Fecha de nacimiento
08 MAR 1971
G.S.
O+
Lugar de nacimiento
IBAGUE (TOLIMA)
Fecha y lugar de expedición
11 SEPT 1989, IBAGUE
Firma
Fecha de expiración
09 JUN 2035


IDCOL
1062938547
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo
ICCOL062938547429001<<<<<<<<<<<<
7103081M3506097COL93383437<<<2
VELAZCO<CASTRO<<GERSON<ARBEY<<

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

9012723697
9012723697

No. de Radicación SAT: 30374419

Fecha de Radicación: 04 03 2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
VELAZCO Primer Apellido	CASTRO Segundo Apellido	GERSON Primer Nombre	ARBEY Segundo Nombre

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	93383437	Femenino [ ] Masculino [X]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
			08 D 03 M A 1971 A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad / Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [X]	SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.		$1.750.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

33. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
			D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino	Masculino	40. Sexo identificación F	M	T	NB	Otro	Cual	41. Lugar de nacimiento País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI	NO	48. Clasificación SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. Discapacidad SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	50. Incapacidad permanente SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GROUP INTEGRAL PRO SAS	NT	901407518	

59. Ubicación	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento
AV CR 15 106 51 P 2	3835628		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad 1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D 04 M 03 A 2026	Código	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [ ] 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- [ ] 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- [ ] 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:								

TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: AYUDANTE DE OBRA

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Vigilado Supersalud

Cambio Empleo

CER_AFI_2026021111770

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES

CERTIFICA QUE:

Gerson Arbey Velazco Castro identificado con CC. 93383437 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR			
Nombres y/o Razón Social	GROUP INTEGRAL PRO SAS	**Tipo y Numero de Documento**	NI - 901407518

INFORMACIÓN RELACIÓN LABORAL			
Fecha de Inicio de Cobertura	2026/03/04	**Tipo de Vinculación**	Dependiente
Estado de Afiliación	Activa	**Fecha Retiro**	No registra
Clase de Riesgo	5	**Código Actividad Económica**	5711001

Esta certificación se expide a los 3 días del mes de marzo del 2026.

Para verificar la autenticidad de este certificado, escanea el código QR incluido o visita nuestra página web. Selecciona la opción "Validar certificados de afiliación" e ingresa el siguiente código: **CC03032026N93383437A11935712.** Este código es válido por un mes.

Cordialmente,

Gerencia de afiliaciones y novedades ARL

POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S. A.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VELAZCO CASTRO GERSON ARBEY** identificado(a) con **CC** número **93.383.437** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de marzo de 2000 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 MODERADO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 03 de marzo 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/**

IPS GUADALUPE SAS
Nit: 901835329
Dirección: Calle 9B # 7-25 Barrio Avenidas
Teléfono: 3102577557
Email: ipsguadalupes@gmail.com

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL - PRE - INGRESO

Información General

N° ingreso	**142904**	**Fecha Impresión**	2025-12-03
Fecha Ingreso	2025-12-03 17:07:32	**Ciudad**	FLORENCIA
Nombre	GERSON ARBEY VELAZCO CASTRO	**CC**	93383437
Sede	ipsguadalupes@gmail.com	**Ocupación**	MAESTRO DE OBRA
Tipo de Examen	PRE - INGRESO	**Fecha Nacimiento**	1971-03-08
Edad	54 años	**Dirección**	
Teléfono	3213455898	**Estado Civil**	Casado(a)
N° Hijos	0		
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Fecha Salida	2025-12-03 17:13:51	**Empresa Contratante**	GROUP INTEGRAL PRO SAS
Nit Empresa Contratante	901407518	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Nit Empresa	901407518		
EPS	SSS E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM COLSUBSIDIO	**ARL**	POSITIVA ARL
Fondo Pensiones	SSS PROTECCION FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Departamento	TOLIMA		

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE RX VISUAL.

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO



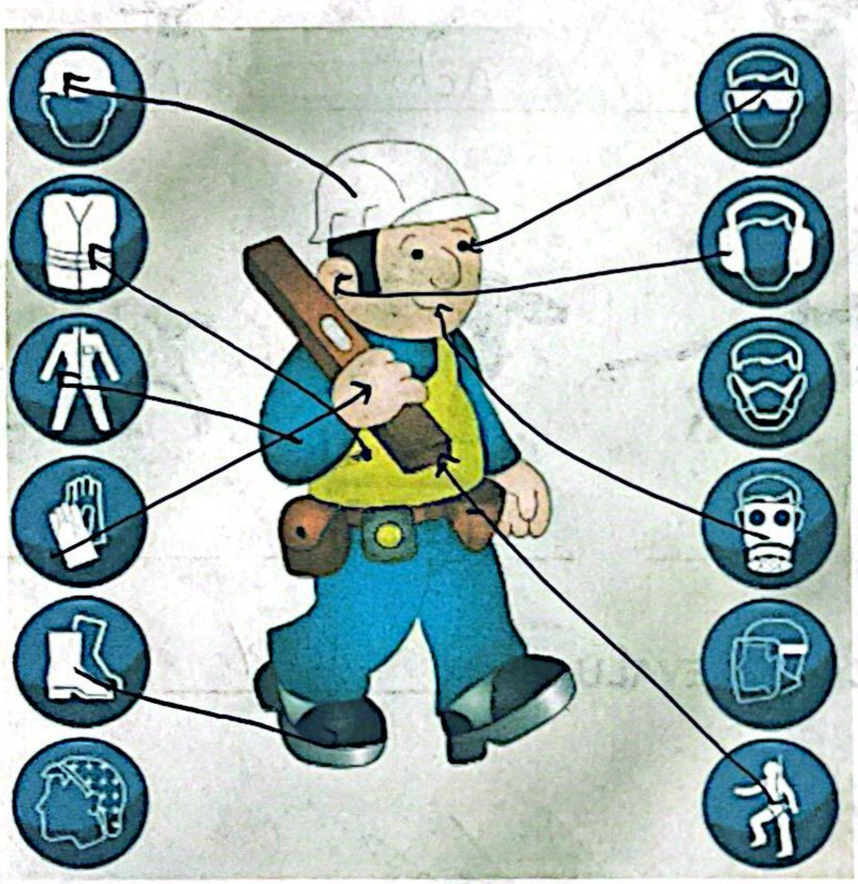
Profesional: Martha Cecilia Osorio Garcia
CC: 29673871
Registro médico: 29673871
Licencia N°: 0778 - 26/05/21

Firma del trabajador: GERSON ARBEY VELAZCO CASTRO
CC 93383437

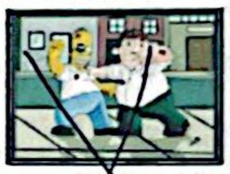
CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nombre: Gerson Arbey Velazco Castro	**Cedula:** 93.383.437
Fecha: 04 de marzo de 2026	**Cargo:** oricial

1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad



2. Señale con un X lo que NO se permite hacer en la obra.

 Trabajar en alturas sin permiso por escrito	 Asistir a las capacitaciones de salud ocupacional	 Informarle al jefe inmediato los accidentes de trabajo
 Señalizar el área de trabajo	 consumir licor o sustancias alucinógenas	 Acatar los lineamientos del plan de emergencias
 Pelearse o reñirse con compañeros	 No usar los EPP necesarios para las actividades	 Reportar condiciones de inseguridad a los jefes Inmediatos

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

3. El trabajo en alturas según la Resolución 4272 de 2021 aplica a partir de:
   a. 1 metro
   b. 1.50 metros
   c. 2 metros
   d. 3 metros

4. Si detectas un riesgo en tu área, lo primero que debes hacer es:
   a. Ignorarlo
   b. Contárselo a un compañero
   c. Reportarlo al jefe inmediato o SST
   d. Continuar trabajando

5. El lavado de manos y la higiene ayudan a prevenir enfermedades respiratorias en obra. Verdadero o falso (V)
6. Menciona dos riesgos que puedas encontrar en tu frente de obra
   - Altvias
   - Mecanico
7. ¿Cuál es el color de la señal de advertencia que indica peligro?

   a. Azul
   b. Verde
   c. Rojo
   d. Amarillo

8. Identifique cuales son los actos y condiciones inseguras:



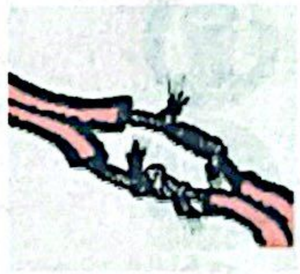
Acto



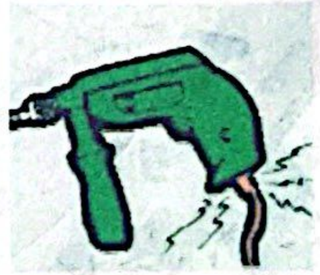
Acto



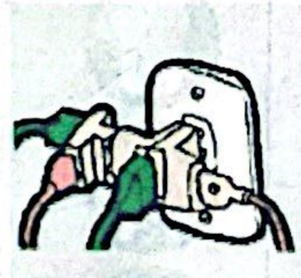
Acto



Acto



Condicias



Acto

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 100%.

FIRMA TRABAJADOR
C.C: 93383437

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
FORMATO PARA ENTREGA DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)

NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Gersan Arbey Velazco Castro	C.C.	93.383.437	oficial	Leonardo Posada

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar adecuadamente durante la jornada laboral los elementos de protección personal suministrados por el contratista con el fin de dar cumplimiento a las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo vigentes y aplicables para la entidad, las cuales contribuyen a mi bienestar mental, físico y social.

El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.
Decreto 1072 de 2015 Art. 2.2.4.6.12): Se debe registrar la entrega de Equipos y Elementos de protección personal. Resolución 0312 de 2019 establece los estándares mínimos del Sistema de Gestión de SST
El presente compromiso quedará archivado en el Área de Talento Humano para los fines pertinentes."

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, gafas, guantes, tapa bocas	1	04/03/2026	
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDA

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1				
2				
3				
4				
5				
6				

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS EDT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS

Nombres y Apellidos: Cesar Arley Velazco Castro **Fecha:** 04 de marzo de 2026

Área: Learcido Posada **Cargo a desempeñar:** Oficial

Por favor marque con una (X) los peligros a los que está expuesto en su lugar de trabajo:

 Biológico	 Ruido	 Vibración	 Temperaturas
 Material particulado	 Manejo de sustancias químicas	 Atrapamiento	 Golpes
 Cortes	 Caídas a mismo nivel	 Caídas a distinto nivel	 Eléctrico
 Incendio	 Caída de objetos	 Manipulación manual de cargas	 Riesgo publico

Con la firma de este formato, el trabajador declara haber sido informado y haber comprendido los riesgos de su puesto de trabajo.

Firma trabajador

Scanned with CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 05:32:54 PM horas del 17/03/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **93383437**
Apellidos y Nombres: **VELAZCO CASTRO GERSON ARBEY**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES
de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

PROCURADURIA GENERAL DE LA NACION

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO No. 293074042

PIB
17:34:10

Bogotá DC, 17 de marzo del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) GERSON ARBEY VELAZCO CASTRO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 93383437:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 17 de marzo de 2026, a las 17:34:48, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	93383437
Código de Verificación	93383437260317173448

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

HERNÁN GUILLERMO JOJOA SANTACRUZ
Contralor Delegado

Generó: WEB

PAZ Y SALVO

GROUP INTEGRAL PRO SAS

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO LABORAL

Yo, **MISAEL NIÑO ROJAS**, identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número **3.072.054**, por medio del presente documento certifico que:

Trabajé para la empresa GROUP INTEGRAL PRO, identificada con NIT 901407518, desde el 26/01/2026 hasta el 14/02/2026.

He recibido a satisfacción y de manera completa los siguientes conceptos:

- Todos los salarios correspondientes al período laborado.
- Las prestaciones sociales a las que tuve derecho durante mi vinculación laboral.
- La liquidación final de mi contrato de trabajo.

Por lo tanto, declaro que me encuentro a paz y salvo con GROUP INTEGRAL PRO por los conceptos mencionados y no tengo ningún reclamo pendiente relacionado con mi relación laboral.

Entiendo que este documento no afecta mis derechos laborales irrenunciables ni aquellos que puedan surgir con posterioridad a la firma de este certificado.

En constancia de lo anterior, firmo el presente certificado en la ciudad de BOGOTÁ, a los 14 días del mes de FEBRERO del año 2026.

MISAEL NIÑO ROJAS
C.C: 3.072.054

Scanned with CamScanner

GROUP INTEGRAL PRO SAS

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO LABORAL

Yo, **LUIS FERNANDO CRUZ RODRIGUEZ**, identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número **1.023.943.690**, por medio del presente documento certifico que:

Trabajé para la empresa GROUP INTEGRAL PRO, identificada con NIT 901407518, desde el 26/01/2026 hasta el 14/02/2026.

He recibido a satisfacción y de manera completa los siguientes conceptos:

- Todos los salarios correspondientes al período laborado.
- Las prestaciones sociales a las que tuve derecho durante mi vinculación laboral.
- La liquidación final de mi contrato de trabajo.

Por lo tanto, declaro que me encuentro a paz y salvo con GROUP INTEGRAL PRO por los conceptos mencionados y no tengo ningún reclamo pendiente relacionado con mi relación laboral.

Entiendo que este documento no afecta mis derechos laborales irrenunciables ni aquellos que puedan surgir con posterioridad a la firma de este certificado.

En constancia de lo anterior, firmo el presente certificado en la ciudad de BOGOTÁ, a los 14 días del mes de FEBRERO del año 2026.

LUIS CRUZ

LUIS FERNANDO CRUZ RODRIGUEZ
C.C: 1.023.943.690

Scanned with CamScanner

GROUP INTEGRAL PRO SAS

CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT

CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO LABORAL

Yo, **JOSE RAUL NIÑO VARGAS**, identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número **79.604.703**, por medio del presente documento certifico que:

Trabajé para la empresa GROUP INTEGRAL PRO, identificada con NIT 901407518, desde el 14/01/2026 hasta el 14/02/2026.

He recibido a satisfacción y de manera completa los siguientes conceptos:

- Todos los salarios correspondientes al período laborado.
- Las prestaciones sociales a las que tuve derecho durante mi vinculación laboral.
- La liquidación final de mi contrato de trabajo.

Por lo tanto, declaro que me encuentro a paz y salvo con GROUP INTEGRAL PRO por los conceptos mencionados y no tengo ningún reclamo pendiente relacionado con mi relación laboral.

Entiendo que este documento no afecta mis derechos laborales irrenunciables ni aquellos que puedan surgir con posterioridad a la firma de este certificado.

En constancia de lo anterior, firmo el presente certificado en la ciudad de BOGOTÁ, a los 14 días del mes de FEBRERO del año 2026.

JOSE RAUL NIÑO VARGAS
C.C: 79.604.703

Scanned with CamScanner

CHARLAS Y CAPACITACIONES

CONSORCIO EDT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Leonardo Posada					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Riesgo Biomecanico - Movimientos repetitivos					
TIPO DE ACTIVIDAD		**CHARLA DE SEGURIDAD**	X	**CAPACITACIÓN**		**SOCIALIZACIÓN**
CAPACITADOR:	Paula Sanchez			**DURACIÒN:**	5 min	
FECHA:	16 de Febrero de 2026		**LUGAR:**	Baños		

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Edinson Albeiro Torres	1.110.954.803	

OBSERVACIONES

Se realizá jornada de pausas activas

CONSORCIO EDT

ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Leonardo Posada						
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Uso obligatorio de protectores auditivos						
TIPO DE ACTIVIDAD		**CHARLA DE SEGURIDAD**	x	**CAPACITACIÓN**		**SOCIALIZACIÓN**	
CAPACITADOR:	Paula Sanchez			**DURACIÓN:**	5 min		
FECHA:	18 de Febrero de 2026		**LUGAR:**	Baños			

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Edinson Albeiro Tolres	1.110.454.803	

OBSERVACIONES

Se realizá jornada de pausas activas

CONSORCIO EDT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Leonardo Posada						
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Autocuidado						
TIPO DE ACTIVIDAD		**CHARLA DE SEGURIDAD**	X	**CAPACITACIÓN**		**SOCIALIZACIÓN**	
CAPACITADOR:	Paula Sanchez			**DURACIÓN:**	5 min		
FECHA:	23 de Febrero de 2026		**LUGAR:**	Baños			

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Edinson Albeiro Torres	1.110.954.803	

OBSERVACIONES

Se realizá jornada de pausas activas