| Culturas | INFORME N°1 CONTRATO No. 459 DE 2023 | CONSORCIO FP<br>OBJETO: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA". |
|---|---|---|

**PERIDO DEL 01 AL 28 DE FEBRERO DE 2026**

**PERSONAL NUEVO ADMINISTRATIVO**

| NO | NIT DE LA EMPRESA | DATOS DEL TRABAJADOR | CEDULA | CARGO | ARL | FECHAS DE AFILIACION ARL O PAGO | EPS | FECHAS DE PAGOS | AFP | FECHAS DE PAGOS | FECHAS DE EXAMEN | CONCEPTO MEDICO | CENTRO MEDICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 901899122-7 | GUSTAVO PALACIOS RUBIANO | 19.055.241 | ARQUITECTO | POSITIVA | 11/03/2026 | COMPENSAR | 11/03/2026 | N/A | N/A | 16/03/2026 | APTO CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO | MEDILABORAL |
| 2 | 901899122-7 | NIDIA PABON | 52.884.044 | DIRECTOR DE OBRA | SURA | 4/02/2026 | COMPENSAR | 4/02/2026 | COLPENSIONES | 4/02/2026 | 16/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | MEDILABORAL |
| 3 | 901899122-7 | CARLOS MAURICIO BOTON | 80.234.873 | ING. GEOTECNIA | SURA | 4/02/2026 | COMPENSAR | 4/02/2026 | COLPENSIONES | 4/02/2026 | 16/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | MEDILABORAL |
| 4 | 901899122-7 | GALDINO NAJERA | 70.301.051 | ING. RESIDENTE | POSITIVA | 13/02/2026 | COMPENSAR | 13/02/2026 | COLPENSIÓN | 13/02/2026 | 9/09/2025 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CLINICOSMO |
| 5 | 901899122-7 | JASMIN ANGULO L | 66.739.420 | PROFESIONAL SST | POSITIVA | 2/02/2026 | COOSALUD | 30/03/2026 | PORVENIR | 30/03/2026 | 17/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 6 | 901899122-7 | MARLYNG VALLEJO | 384.723.809 | PROFESIONAL SOCIAL | POSITIVA | 4/02/2026 | COMFENALCO | 30/03/2026 | COLPENSIÓN | 30/03/2026 | 17/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 7 | 901899122-7 | JUAN CARLOS GUERRERO | 16.498.978 | TOPOGRAFO | POSITIVA | 9/02/2026 | S.O.S | 30/03/2026 | COLPENSIÓN | 30/03/2026 | 17/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 8 | 901899122-7 | JAIME CAICEDO | 14.477.934 | AUXILIAR DE TOPOGRAFIA | POSITIVA | 9/03/2026 | S.O.S | 30/03/2026 | COLPENSIÓN | 30/03/2026 | 17/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 9 | 900465129-1 | IVAN FERNANDO VERGARA | 74.379.160 | ESPECIALISTA ESTRUCTURAL | POSITIVA | 6/03/2026 | SANITAS EPS | 6/03/2026 | PORVENIR | 6/03/2026 | 22/09/2024 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | ITSOS |
| 10 | 900202876-7 | ANTONIO OROZCO | 79.059.286 | ESPECILIASTA ELECTRICO | POSITIVA | 18/02/2026 | FAMISANAR | 18/02/2026 | COLPENSIONES | 18/02/2026 | 27/01/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEMEDICA |
| 11 | 72.276.618 | OMAR ARCHILA | 72.276.618 | ESPECIALISTA HIDROSANITARIO | POSITIVA | 2/03/2026 | FAMISANAR | 2/03/2026 | PROTECCION | 2/03/2026 | 17/05/2024 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 12 | 901.267.871 | MOISES CARABALI CUENU | 16.489.599 | AUXILIAR DE OBRA | POSITIVA | 11/03/2026 | COOSALUD | 11/03/2026 | COLPENSIÓN | 11/03/2026 | 13/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | GESTION OCUPACIONAL SAS |

**PERSONAL INGENIERIA DE CALIDAD DM SAS**

| NO | NIT DE LA EMPRESA | DATOS DEL TRABAJADOR | CEDULA | CARGO | ARL | FECHAS DE AFILIACION ARL O PAGO | EPS | FECHAS DE PAGOS | AFP | FECHAS DE PAGOS | FECHAS DE EXAMEN | CONCEPTO MEDICO | CENTRO MEDICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 901.867.436 | DAIRON PALACIOS | 1.076.019.713 | PILERO | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | NUEVA EPS | 3/03/2003 | PROTECCIÓN | 3/03/2003 | 10/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 2 | 901.867.436 | CARLOS MARIO RODRIGUEZ | 1.042.765.584 | PILERO | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | SALUD TOTAL | 3/03/2003 | PROTECCIÓN | 3/03/2003 | 10/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 3 | 901.867.436 | JASSMEYER GUEVARA TRIANA | 1.061.600.351 | PILERO | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | NUEVA EPS | 3/03/2003 | PROTECCIÓN | 3/03/2003 | 10/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 4 | 901.867.436 | CARLOS ALIRIO QUIRA BOLAÑOS | 10.292.301 | AYUDANTE | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | NUEVA EPS | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 10/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 5 | 901.867.436 | DARIO ALEXANDER ORDOÑEZ | 1.081.593.193 | MAESTRO | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | NUEVA EPS | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 13/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 6 | 901.867.436 | LUIS ALFONSO ORDOÑEZ | 5.210.115 | CONDUCTOR | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | SALUD TOTAL | 3/03/2003 | COLPENSIÓN | 3/03/2003 | 14/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 7 | 901.867.436 | OSCAR IVAN DURAN GARCIA | 72.285.748 | AYUDANTE | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | SALUD TOTAL | 3/03/2003 | COLPENSIÓN | 3/03/2003 | 14/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 8 | 901.867.436 | OSCAR ZETTY CAYAPU | 1.060.107.313 | AYUDANTE | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | AIC | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 14/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 9 | 901.867.436 | ARMANDO PALACIOS PALACIOS | 11.799.922 | PILERO | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | NUEVA EPS | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 16/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 10 | 901.867.436 | ELIECER MORENO | 1.077.600.130 | PILERO | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | NUEVA EPS | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 16/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 11 | 901.867.436 | JESUS DIAZ | 5.210.395 | AYUDANTE | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | SANITA | 3/03/2003 | COLPENSIÓN | 3/03/2003 | 16/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 12 | 901.867.436 | JENRRY PALACIOS CORDOBA | 71.763.394 | PILERO | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | NUEVA EPS | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 17/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 13 | 901.867.436 | JOSE LEISER PALACIOS MORENO | 1.078.857.349 | PILERO | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | SALUD TOTAL | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 17/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 14 | 901.867.436 | DAILON ERNESTO MOYA | 1.077.452.041 | OFICIAL | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | FAMISANAR | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 19/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 15 | 901.867.436 | WILMER ALBERTO ALVAREZ | 70.257.108 | OFICIAL | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | NUEVA EPS | 3/03/2003 | COLPENSIÓN | 3/03/2003 | 19/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 16 | 901.867.436 | BRAYAN DAVID VELASCO | 1.062.333.615 | AYUDANTE | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | NUEVA EPS | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 25/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 17 | 901.867.436 | CLEIDY YOANA CAICEDO | 29.231.364 | AUXILIAR SISO | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | SANIDAD | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 26/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 18 | 901.867.436 | KEVIN ESTIVEN ORTEGA | 10.030.336.575 | AYUDANTE | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | NUEVA EPS | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 10/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 19 | 901.867.436 | BENJAMIN AZTAIZA OBANDO | 1.061.738.355 | AYUDANTE | AXA COLPATRIA | 3/03/2003 | SANITAS | 3/03/2003 | PORVENIR | 3/03/2003 | 10/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |

**PERSONAL CALIBRE AMARILLO MAQUINARIA Y CONSTRUCCIÓN SAS**

| NO | NIT DE LA EMPRESA | DATOS DEL TRABAJADOR | CEDULA | CARGO | ARL | FECHAS DE AFILIACION ARL O PAGO | EPS | FECHAS DE PAGOS | AFP | FECHAS DE PAGOS | FECHAS DE EXAMEN | CONCEPTO MEDICO | CENTRO MEDICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 901.911.247 | GUILLERMO JAVIER SINNING | 1.093.739.840 | OPERDOR | SURA | 12/03/2026 | FAMISANAR | 12/03/2026 | PORVENIR | 12/03/2026 | 15/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |
| 2 | 901.911.247 | JOSE RAUL DIAZ RUIZ | 80.423.092 | OPERADOR | SURA | 12/03/2026 | NUEVA EPS | 12/03/2026 | COLPENSIÓN | 12/03/2026 | 15/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CEDIANTRA |

**PERSONAL FERROCONSTRUCCIONES ROSAS SAS**

| NO | NIT DE LA EMPRESA | DATOS DEL TRABAJADOR | CEDULA | CARGO | ARL | FECHAS DE AFILIACION ARL O PAGO | EPS | FECHAS DE PAGOS | AFP | FECHAS DE PAGOS | FECHAS DE EXAMEN | CONCEPTO MEDICO | CENTRO MEDICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 901.794.177 | JOSE JHON JAIRO SALAZAR VALENCIA | 1.193.078.413 | OFICIAL | SURA | 11/03/2026 | ASMET SALUD | 11/03/2026 | PORVENIR | 11/03/2026 | 17/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| 2 | 901.794.177 | JESUS ALBERTO MUÑOZ | 1.143.950.276 | AYUDANTE | SURA | 11/03/2026 | EMSANAR | 11/03/2026 | POEVENIR | 11/03/2026 | 17/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| 3 | 901.794.177 | ELIECER VALENCIA PARRA | 6.177.615 | AYUDANTE | SURA | 11/03/2026 | EMSANAR | 11/03/2026 | PORVENIR | 11/03/2026 | 17/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| 4 | 901.794.177 | DANIEL CAMILO OSNAS | 102.953.017 | AYUDANTE | SURA | 11/03/2026 | AIC | 11/03/2026 | PORVENIR | 11/03/2026 | 17/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | |
| 5 | 901.794.177 | MILTON ROSAS GUERRERO | 1.081.594.644 | OFICIAL | SURA | 11/03/2026 | EMSANAR | 11/03/2026 | PORVENIR | 11/03/2026 | 17/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| 6 | 901.794.177 | CARLOS ROSAS GUERRERO | 13.040.764 | MAESTRO | SURA | 11/03/2026 | EMSANAR | 11/03/2026 | PORVENIR | 11/03/2026 | 17/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| 7 | 901.794.177 | DILMER RENTERIA | 4.700.575 | AYUDANTE | SURA | 11/03/2026 | FOMAG | 11/03/2026 | PORVENIR | 11/03/2026 | 16/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| 8 | 901.794.177 | VICTOR RUBIANO INBACHI | 87.247.967 | OFICIAL | SURA | 3/03/2026 | EMSANAR | 2/03/2026 | PORVENIR | 2/03/2026 | 2/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| 9 | 901.794.177 | DANIEL SALAZAR CORTEZ | 1.087.124.144 | AYUDANTE | SURA | 3/03/2026 | ASMET SALUD | 2/03/2026 | PORVENIR | 2/03/2026 | 2/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| 10 | 901.794.177 | ALEXANDER CARDENAS CORTEZ | 1.087.803.794 | AYUDANTE | SURA | 3/03/2026 | ASMET SALUD | 3/03/2026 | PORVENIR | 3/03/2026 | 2/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

**PERSONAL RETIRADO**

| No | NIT DE LA EMPRESA | NOMBRES YAPELLIDOS | CEDULA | CARGO | ARL | FECHA DE AFILIACION ARL O PAGO | EPS | FECHA DE PAGO | AFP | FECHA DE RETIRO | FECHA DE EXAMEN | VALORACION EXAMEN | CENTRO MEDICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 901.794.177 | DILMER ANDRES RENTERIA | 1.006.189.578 | AYUDANTE | SURA | 16/02/2026 | FOMAG | | PORVENIR | 13/03/2026 | 16/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| 2 | 901.794.177 | DANIEL CAMILO OSNAS | 102.953.017 | AYUDANTE | SURA | 12/02/2026 | AIC | | | 13/03/2026 | 17/02/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |
| 3 | 901.794.177 | DANIEL SALAZR CORTEZ | 10.871.224.144 | AYUDANTE | SURA | 3/03/2026 | ASMET SALUD | | PORVENIR | 14/03/2026 | 10/03/2026 | SIN RESTRICCIÓN AL CARGO | CENDIANTRA |

**RELACION DE PERSONAL ROTATIVO**

| NO | NIT DE LA EMPRESA | DATOS DEL TRABAJADOR | CEDULA | CARGO | ARL | FECHAS DE AFILIACION ARL O PAGO | EPS | FECHAS DE PAGOS | AFP | FECHAS DE PAGOS | FECHAS DE EXAMEN | CONCEPTO MEDICO | CENTRO MEDICO MEDICO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | | |

(Nombre) PROF SST JASMIN ANGULO LANDAZURI
(Nombre) RESIDENTE SST JASMIN ANGULO LANDAZURI

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA CENTRO
**DIRECCIÓN:** Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro
**CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ
**TELÉFONO:** 6013904058 - 6012438980
**EMAIL:** citas.centro@cendiatra.com
**FECHA EXAMEN:** 2024-05-17

**Nombres y apellidos:** OMAR JOHANNY ARCHILA MENDOZA
**Fecha de nacimiento:** 14/05/1971
**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** ESPECIALISTA EN REDES HIDROSANITARIAS

**CC:** 7227618
**Edad:** 53 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2024-05-17 / 07:31:23
**Fecha salida:** 2024-05-17 / 08:20:01



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- ESPIROMETRIA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CONDICIÓN VISUAL:
CARDIOVASCULAR:

**RECOMENDACIONES:**
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Cesar Zambrano

CESAR ADOLFO ZAMBRANO MARTINEZ
RM: 1192803570
Firma y sello del médico

OMAR JOHANNY ARCHILA MENDOZA
CC: 7227618
Firma del paciente

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:** CENDIATRA CENTRO | **DIRECCIÓN:** Carrera 5 # 19-08, piso 1, Centro | **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

**TELÉFONO:** 6013904058 - 6012438980 | **EMAIL:** citas.centro@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2024-05-17

**Nombres y apellidos:** OMAR JOHANNY ARCHILA MENDOZA
**Fecha de nacimiento:** 14/05/1971
**Empresa:** PARTICULAR
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** ESPECIALISTA EN REDES HIDROSANITARIAS

**CC:** 7227618
**Edad:** 53 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2024-05-17 / 07:31:23
**Fecha salida:** 2024-05-17 / 08:20:01



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

Cesar Zambrano

CESAR ADOLFO ZAMBRANO MARTINEZ
RM: 1192803570
Firma y sello del médico

OMAR JOHANNY ARCHILA MENDOZA
CC: 7227618
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

# ITSOS SALUD EN EL TRABAJO

Nit:900554345-8 Código del prestador: 6827670312

## CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL





| DATOS DEL SERVICIO | | | |
|---|---|---|---|
| **Fecha Atención:** | 22/sep/2024 06:52 AM | **Cargo:** | INGENIERO CIVIL - CONSULTOR |
| **Examen:** | Examen de ingreso Osteomuscular | | |
| **Nombre Empresa:** | INDEPENDIENTE | **T. Vinculación:** | |

| DATOS DEL PACIENTE | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre:** | IVAN FERNANDO VERGARA GONZALEZ | **Identificación:** | CC-74379160 |
| **Dirección:** | AUTOPISTA FLORIDABLANCA 169 - 164 - Colombia | **Teléfono:** | 3123722161 |
| **Fecha** | 05/jul/1983 | **Edad:** | 40 Años |
| **Sexo:** | Masculino | **Estado Civil:** | Unión Libre |
| **Profesión:** | INGENIERO CIVIL | **Régimen Salud:** | Contributivo |
| **EPS:** | E.P.S Sanitas | **ARL:** | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS |

| **Concepto(s) Médico(s):** | **Sin restricciones o limitaciones para el cargo** |
|---|---|

**Restricciones:** NO RESTRICCIONES ACTUALMENTE.

**Recomendaciones:** BUENA HIGIENE POSTURAL, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DURANTE LA JORNADA, USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SI LA TAREA LO AMERITA, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO.
CONTINUAR HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.
SE RECOMIENDA CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL, CONTINUAR USO DE LA CORRECCION VISUAL PERMANENTE SEGUN SU INDICACION.

ENFASIS:
-OSTEOMUSCULAR: APTO.

Firma del Paciente

**Nombre:** IVAN FERNANDO VERGARA GONZALEZ

**Profesional:** HECTOR ALEXANDER MORALES CHACON
**RM:**
Medico Cirujano Especialista en Salud Ocupacional



Powered by CamScanner

Gobernación de Santander

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RESOLUCION | Código AP-GA-RS-05 | Fecha de Aprobación (dd/mm/aaaa) | Versión 1 | Pág 1 de 1 |

**RESOLUCION NÚMERO - 23281 DE**

**POR LA CUAL SE OTORGA LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL**

**EL SUSCRITO SECRETARIO DE SALUD DEPARTAMENTAL**
**En uso de sus facultades legales, y en especial las conferidas en la Ley 1562 de 2012 y la Resolución 04502 de 2012 y,**

**CONSIDERANDO:**

Que **MORALES CHACON HECTOR ALEXANDER** identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No 13543945 ha solicitado licencia para la prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el trabajo ante la Secretaría de Salud Departamental de Santander

Que de conformidad con el artículo segundo de la Resolución 04502 del 28 de Diciembre de 2012 el peticionario ha presentado la documentación requerida para la expedición de la Licencia en Salud Ocupacional para la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el trabajo, y que en reunión de la comisión evaluadora realizada el lunes 25 de noviembre de 2013 se aprobaron las licencias solicitadas.

Que por lo antes expuesto, el Secretario de Salud Departamental

**RESUELVE:**

ARTICULO 1 Otórguese LICENCIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO A: **MORALES CHACON HECTOR ALEXANDER.** - MEDICO Y CIRUJANO - ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL identificado(a) con Cedula de Ciudadanía No 13543945, en las áreas de Medicina en Seguridad y Salud en el trabajo, Investigación en área técnica Investigación del accidente de trabajo, Educacion, Capacitación, Diseño, Administración y Ejecución del Sistema de gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

ARTÍCULO 2 La Licencia de que trata el artículo anterior se concede por el termino de Diez (10) años contados a partir de la fecha de expedición de la presente Resolucion

ARTÍCULO 3 Cuando se modifique las condiciones por la cual se otorgo esta Licencia, en el termino máximo de un mes se debe informar a la Secretaría de Salud de Santander para la modificación de la misma

ARTÍCULO 4 Esta Licencia es valida en todo el Territorio Nacional y tendra caracter personal e intransferible

ARTÍCULO 5 Contra la presente Resolucion procede los recursos legales

**NOTIFIQUESE Y CUMPLASE**

Dada en Bucaramanga a los 06 DIC 2013

**JUAN JOSE REY SERRANO**
**Secretario de Salud Departamental**

Vo.Bo. Héctor Ariza – Director Administrativo
Ayner Alvarado – Director de Desarrollo Vigilancia y Control
Revisó Yenitza Hernandez – Profesional Especializado

Powered by CamScanner

**COSMOS SUPPORT SAS**
**Nit: 9005304667**
**Dirección: Calle 57 N 18 21**
**Teléfono: 321 510 9956**
**Email: info@clinicosmos.com**
**agendamiento@clinicosmos.com**

## Información General

| | | | |
|---|---|---|---|
| **No. ingreso** | 55571 | **Fecha Impresión** | 9/09/2025 |
| **Fecha Ingreso** | 9/09/2025 | **Nombre** | GALDINO OSMAR NAJERA CERA |
| **CC** | 72301051 | **Sede** | COSMOS SUPPORT |
| **Cargo** | RESIDENTE DE OBRA | **Tipo de examen** | EXAMEN INGRESO |
| **Fecha Nacimiento** | 26/06/1969 | **Edad** | 56 |
| **Dirección** | CLL 17 F NO 115 33 | **Teléfono** | 3162253598 |
| **Estado Civil** | Casado | **# Hijos** | |



| | | | |
|---|---|---|---|
| **Empresa a Laborar** | PROYECTOS DE INGENIERIA PBS S.A.S. | **Fecha de salida** | 9/09/2025 |

**Nombre Acompañante**

## Exámenes Complementarios

| Examen | Resultado | Examen | Resultado |
|---|---|---|---|
| ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR: | NORMAL | PERFIL LIPÍDICO | NORMAL |
| AUDIOMETRÍA: | NORMAL | | |
| OPTOMETRÍA: | NORMAL | GLICEMIA SIMPLE | NORMAL |

## Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

## Concepto de acuerdo al énfasis

| | |
|---|---|
| OSTEOMUSCULAR: | **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.** |
| ALTURAS: | **APTO SIN RESTRICCIONES.** |
| ESPACIOS CONFINADOS: | **APTO SIN RESTRICCIONES.** |

## 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.
- VISUAL: Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual-miopia- control anual con optometria
- ALTURAS: Capacitación y certificación de alturas.
- AUDITIVO: Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral- hipoacusia leve control anual con audiometria.

## Sistema de Vigilancia Epidemiológica

## Énfasis 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 DEMI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

**Profesional:** RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
**CC:** 1.032.395.042
**Registro médico:** 1.032.395.042

**Firma del trabajador: GALDINO OSMAR NAJERA CERA**
**CC:CC72301051**

709103 182367

# CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

1



CEMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

Paciente: ANTONIO JOSE OROZCO DEL PORTILLO — Género MASCULINO
Identificación CC 79059286 — Fecha de Nacimiento 17/06/1971 — Edad Actual 54 A
Dirección AV CRA 9 N 166 60 BOGOTA — Telefono 3168711768
Aseguradora PARTICULAR 1 — Fecha Ingreso 27/01/26 06:47

**DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE**

| Fecha del Examen | Ciudad | Tipo de Examen | Otro |
|---|---|---|---|
| 27/01/2026 | CAJICA - CUNDINAMARCA | Periodico ProgramaDo | alturas |

| Razon social de la empresa que lo contrato o contratara | Razon social de la empresa en que laborá, laborará o laboró |
|---|---|
| PARTICULAR 1 | GRUPO UNELCA SAS |
| **Cargo** | **Area o Sede** |
| ESPECIALISTA EN REDES ELECTRICAS,TELEMATICOS,FIBRA | OPERATIVA |

**Examen Medico Ocupacional con énfasis en:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Dermatologico | | X | Osteomuscular | Riesgo vascular | |
| Manipulador de alimentos | | X | Alturas | Otro? Cual? | |

**CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Apto sin restricciones para el cargo | X | Apto para trabajo en alturas | | Aplazado |
| X | Apto con recomendaciones para el cargo | | Apto para trabajo en espacios confinado | | Motivo de Aplazamiento |
| | Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo | | Apto para manipular alimentos | | |

**CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES**

* AUMENTO DE PESO CORPORAL, SE RECOMIENDA VALORACIÒN POR NUTRICIÒN, DIETA Y EJERCICIO CARDIOVASCULAR* ALTERACION VISUAL QUE REQUIERE CONTINUAR CORRECCION OPTICA PERMANENTE Y CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA*ALTERACION AUDITIVA SIN COMPROMISO DEL AREA CONVERSACIONALSE RECOMIEDA NO EXPOSICION A RUIDO SUPERIOR A 85 DB CONTROL AUDITIVO ANUAL.USO DE PROTECCION AUDITIVA

**REQUISITOS DE SALUD**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas | SI | X | NO | Aplazado | No aplica | |
| Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos: | SI | | NO | Aplazado | No aplica | X |
| Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales | SI | | NO | Aplazado | No aplica | X |
| Cual: | | | | | | |
| Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo: | SI | | NO | X | | |

El concepto de aptitud se definio a partir de los siguientes exámenes practicados:

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Examen Médico | | Examen Radiologico |
| X | Audiometría | | ¿Cuál(es)? |
| X | Espirometría | | |
| | Optometría | | |
| | Electrocardiograma | | |
| | Exámen Psicosensometrico | X | Exámenes de Laboratorio |
| Otro?Cual? VISIOMETRIA/PRUEBA PSICOLOGICA | | | ¿Cuál(es)? COL,TRIG,GLI |

**CONDUCTA**

| | |
|---|---|
| NA | Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patolgía diagnóstica |
| NA | Continuar manejo actual y control por EPS |
| NA | Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS |
| NA | Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento |
| NA | Asistir a programas de promoción y prevención EPS |
| NA | Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos |

*NA = No Aplica

Amplie su conducta

709103 182367

# CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

2



CEMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.

NIT 8320054448
Dirección CL 4 NO. 3A-05
Telefono 8660839/8830139
eMail

**RECOMENDACIONES**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X Exámen Ocupacional Anual | X Higiene postural | X Uso de elementos de proteccion personal | X Pausas Activas |
| Reingreso laboral | Reubicación | Rehabilitación profesional | |
| Otro? Cual? | | | |

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).
He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).
Fui informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Articulo 10 - Minprotección)

MARITZA DEL CARMEN MANRIQUEZ
MEDICOS ESPECIALISTA EN LA GESTION
DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REGISTRO MEDICO 2000017899
RC. SALUD OCUPACIONAL 1983-07-10-2022

**MEDICO**

**Firma** _____

MARITZA DEL CARMEN MANRIQUEZ

**Registro Médico** 2000017899

**Licencia salud ocupacional** 1983-07-10-2022

**Firma ASPIRANTE O TRABAJADOR** _____

ANTONIO JOSE OROZCO DEL PORTILLO

**Documento de identidad** CC 79059286

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

# LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 02 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**CALIBRE AMARILLO MAQUINARIA Y CONSTRUCCION SAS NIT 901911247**

Nombre de la empresa

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| SINNING VILLALBA GUILLERMO JAVIER | Masculino | 39 Años | CC (Tipo) | 1093739840 (Número) |

Cargo: **OPERADOR DE MINICARGADOR**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| FAMISANAR | PORVENIR | SURA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION**

Observaciones: No Aplica

| | |
|---|---|
| SATISFACTORIO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |
| SATISFACTORIO | PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES DE APTITUD |
|---|---|---|
| NINGUNA | PERMANENTE | NINGUNA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN OCUPACIONAL | ✓ | AUDIOMETRIA | ✓ |
| VISIOMETRIA | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | ESPIROMETRIA | ✓ |
| OSTEOMUSCULAR | ✓ | | |

| RECOMENDACIONES MEDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| NINGUNA | USO DE EPP | EVITAR FUMAR<br>CONTROL DE PESO<br>HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
* PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL
* INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOL'GICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
* DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

**MÉDICO**

Firma:

Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA

R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

**Aspirante o Trabajador**

Firma: Guillermo Sinning

Nombre: SINNING VILLALBA GUILLERMO JAVIER

CC 1093739840

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-10

**Nombres y apellidos:**CARLOS MARIO RODRIGUEZ CAICEDO
**Fecha de nacimiento:**12/06/1987
**Empresa:**INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**PILERO
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**CC:**1042765584
**Edad:**38 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-10 / 10:19:28
**Fecha salida:**2026-02-10 / 03:09:22
**Actividad Económica:**4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:**SALUD TOTAL S.A. E.P.S.



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

CARLOS MARIO RODRIGUEZ CAICEDO
CC: 1042765584
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-10

**Nombres y apellidos:**DAIRON PALACIOS MENA
**Fecha de nacimiento:**13/01/1985
**Empresa:**INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**PILERO
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1076019713
**Edad:**41 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-10 / 10:18:31
**Fecha salida:**2026-02-10 / 02:23:59
**Actividad Económica:**4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:**NUEVA EPS



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

DAIRON PALACIOS MENA
CC: 1076019713
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-11

**Nombres y apellidos:**JASSMEYER GUEVARA TRIANA
**Fecha de nacimiento:**19/09/1993
**Empresa:**INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**OFICIAL
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1061600351
**Edad:**32 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-11 / 08:27:34
**Fecha salida:**2026-02-11 / 10:09:52
**Actividad Económica:**4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JASSMEYER GUEVARA TRIANA
CC: 1061600351
Firma del paciente

IPS GESTIÓN OCUPACIONAL SAS

**GESTION OCUPACIONAL SAS**
Nit: 900251231 - 6
AV. SIMON BOLIVAR # 55C - 46 LOS LAURELES - BUENAVENTURA
CRA 101 # 52 - 95 CALI - VALLE DEL CAUCA
Cel. 310 390 3583 - 315 505 8271
contacto@gestionocupacionalsas.com - gestionocupacional.ltda@gmail.com
www.gestionocupacionalsas.com



N° 13.174

# CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN | | | | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 13 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | BUENAVENTURA (VALLE DEL CAUCA, COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

| Nombre de la empresa | Empresa en misión |
|---|---|
| VIP SALUD OCUPACIONAL SAS | CALIDAD Y GESTIÓN EN TALENTO HUMANO SAS |

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

**8621 - ACTIVIDADES DE LA PRÁCTICA MÉDICA, SIN INTERNACIÓN.**

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

| Apellidos y Nombres | Género | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| CARABALI CUENU MOISES | MASCULINO | 62 AÑOS 10 MESES 5 DIAS | CC (Tipo) | 16489599 (Número) |

Cargo:

**AUXILIAR DE OBRA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| S.O.S | COLPENSIONES | NO REFIERE |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO ( SIN ALTERACIONES FUNCIONALES EVIDENTES)**

Observaciones: *NO APLICA*

| N/A | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |
|---|---|

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES |
|---|---|---|
| SIN RESTRICCIONES LABORALES | NO APLICA | NO APLICA |

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

| | |
|---|---|
| EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓ | HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR RH ✓ |

| RECOMENDACIONES MÉDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| | USO DE EPP | HÁBITOS SALUDABLES |
| | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL | CONTROL DE PESO |
| | CAPACITACIÓN | HACER DEPORTE |

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

**Médico**

Firma:

Nombre: CC: 12798280 - JAVIER FRANCISCO PINEDA

R. M.: 90541-76 L.S.O.: 030-2018

Código de Seguridad
C390I1O13174

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: CARABALI CUENU MOISES

CC: 16489599

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-02-14

**Nombres y apellidos:** CARLOS ALIRIO QUIRA BOLAÑOS
**Fecha de nacimiento:** 14/10/1979
**Empresa:** INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** AYUDANTE
**Departamento:** VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:** NO REFIERE

**CC:** 10292301
**Edad:** 46 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2026-02-14 / 11:04:47
**Fecha salida:** 2026-02-14 / 11:18:22
**Actividad Económica:** 4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:** NUEVA EPS



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

CARLOS ALIRIO QUIRA BOLAÑOS
CC: 10292301
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-14

**Nombres y apellidos:**LUIS ALFONSO ORDOÑEZ CORTES **CC:**5210115
**Fecha de nacimiento:**02/05/1968 **Edad:**57 **Sexo:**MASCULINO
**Empresa:**INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026 **Fecha ingreso:**2026-02-14 / 11:01:44
**Empresa usuaria:** **Fecha salida:**2026-02-14 / 11:15:07
**Cargo:**CONDUCTOR **Actividad Económica:**4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**Departamento:**VALLE
**ARL:** **EPS:**NUEVA EPS
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

LUIS ALFONSO ORDOÑEZ CORTES
CC: 5210115
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-02-14

**Nombres y apellidos:** OSCAR IVAN DURAN GARCIA
**Fecha de nacimiento:** 18/06/1983
**Empresa:** INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** AYUDANTE
**Departamento:** VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:** NO REFIERE

**CC:** 72285748
**Edad:** 42 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2026-02-14 / 10:57:32
**Fecha salida:** 2026-02-14 / 11:12:09
**Actividad Económica:** 4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:** NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.



GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

OSCAR IVAN DURAN GARCIA
CC: 72285748
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-14

**Nombres y apellidos:**OSCAR ZETTY CAYAPU
**Fecha de nacimiento:**17/06/1996
**Empresa:**INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1060107313
**Edad:**29 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-14 / 11:28:14
**Fecha salida:**2026-02-14 / 11:59:39
**Actividad Económica:**4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

OSCAR ZETTY CAYAPU
CC: 1060107313
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022973491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-02-16

**Nombres y apellidos:** ARMANDO PALACIOS PALACIOS
**Fecha de nacimiento:** 30/12/1967
**Empresa:** INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** PILERO
**Departamento:** VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:** NO REFIERE

**CC:** 11799922
**Edad:** 58 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2026-02-16 / 11:04:54
**Fecha salida:** 2026-02-16 / 12:55:56
**Actividad Económica:** 4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:** NUEVA EPS



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
CC: 66737190
RM: 7652298
LIC-SST: 2044-2018
Firma y sello del médico

ARMANDO PALACIOS PALACIOS
CC: 11799922
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-16

**Nombres y apellidos:**ELIECER MORENO PALACIOS
**Fecha de nacimiento:**28/07/2000
**Empresa:**INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**PILERO
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**CC:**1077600130
**Edad:**25 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-16 / 02:37:08
**Fecha salida:**2026-02-16 / 02:37:08
**Actividad Económica:**4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:**NUEVA EPS



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

ELIECER MORENO PALACIOS
CC: 1077600130
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-02-16

**Nombres y apellidos:** JESUS DIAZ GUERRERO
**Fecha de nacimiento:** 20/01/1971
**Empresa:** INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** AYUDANTE
**Departamento:** VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:** COLPENSIONES

**CC:** 5210395
**Edad:** 55 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2026-02-16 / 10:19:46
**Fecha salida:** 2026-02-16 / 11:07:32
**Actividad Económica:** 4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:** E.P.S. SANITAS S.A.



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JESUS DIAZ GUERRERO
CC: 5210395
Firma del paciente

# LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Correo: gestionlecmacmedic@gmail.com
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



## CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN | | | | TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL |
|---|---|---|---|---|
| 02 DÍA | 02 MES | 2026 AÑO | BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad | EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS - ESPACIOS CONFINADOS |

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

**CALIBRE AMARILLO MAQUINARIA Y CONSTRUCCION SAS NIT 901911247**

Nombre de la empresa

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC: Cedula de Ciudadanía, CE: Cedula de Extranjeria, TI: Tarjeta de Identidad, PT: Pasaporte)

| Apellidos y Nombres | Genero | Edad | Documento de Identificación | |
|---|---|---|---|---|
| DIAZ RUIZ JOSE RAUL | Masculino | 54 Años | CC (Tipo) | 80423092 (Número) |

Cargo: **OPERADOR DE RETROEXCAVADORA**

| EPS | AFP | ARL |
|---|---|---|
| NUEVA EPS | COLPENSIONES | SURA |

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

**APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION**

Observaciones: No Aplica

| | |
|---|---|
| SATISFACTORIO | PARA TRABAJAR EN ALTURAS |
| SATISFACTORIO | PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS |

| RESTRICCIONES LABORALES | TIPO | RECOMENDACIONES DE APTITUD |
|---|---|---|
| NINGUNA | PERMANENTE | NINGUNA |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| EVALUACIÓN OCUPACIONAL | ✓ | AUDIOMETRIA | ✓ |
| VISIOMETRIA | ✓ | PERFIL LIPIDICO | ✓ |
| GLICEMIA | ✓ | ESPIROMETRIA | ✓ |
| OSTEOMUSCULAR | ✓ | | |

| RECOMENDACIONES MEDICAS | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES | HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES |
|---|---|---|
| NINGUNA | USO DE EPP | EVITAR FUMAR<br>CONTROL DE PESO<br>HACER DEPORTE |

**OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES**

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

* PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL
* INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)

* DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

**MÉDICO**

Firma:

Nombre: cc: 32716395 - TAYDE AVILA GARCIA

R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

**Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: DIAZ RUIZ JOSE RAUL

CC 80423092

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**DANIEL CAMILO OSNAS LABIO
**Fecha de nacimiento:**06/02/2003
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1002958017
**Edad:**23 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 08:44:01
**Fecha salida:**2026-02-17 / 09:35:46
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

DANIEL CAMILO OSNAS LABIO
CC: 1002958017
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**ELIECER VALENCIA PARRA
**Fecha de nacimiento:**04/02/1964
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**6177615
**Edad:**62 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 08:34:24
**Fecha salida:**2026-02-17 / 09:09:27
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
**:**

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CARDIOVASCULAR: CONTROL HTA
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

ELIECER VALENCIA PARRA
CC: 6177615
Firma del paciente

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**ELIECER VALENCIA PARRA
**Fecha de nacimiento:**04/02/1964
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**6177615
**Edad:**62 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 08:34:24
**Fecha salida:**2026-02-17 / 09:09:27
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

ELIECER VALENCIA PARRA
CC: 6177615
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**JENRRY PALACIOS CORDOBA
**Fecha de nacimiento:**10/07/1976
**Empresa:**INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**PILERO
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**CC:**71763394
**Edad:**49 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 08:48:27
**Fecha salida:**2026-02-17 / 08:48:27
**Actividad Económica:**4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:**NUEVA EPS



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

**CONCEPTO DE APTITUD:**
**:** APTO (A) PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración. Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
CC: 66737190
RM: 7652298
LIC-SST: 2044-2018
Firma y sello del médico

JENRRY PALACIOS CORDOBA
CC: 71763394
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**JESUS ALBERTO MUÑOZ TUQUERRES
**Fecha de nacimiento:**18/01/1992
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**OFICIAL
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1143950276
**Edad:**34 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 09:28:07
**Fecha salida:**2026-02-17 / 02:39:59
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
**:**

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CARDIOVASCULAR: CONTROL PESO
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cuál tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JESUS ALBERTO MUÑOZ TUQUERRES
CC: 1143950276
Firma del paciente

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**JESUS ALBERTO MUÑOZ TUQUERRES
**Fecha de nacimiento:**18/01/1992
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**OFICIAL
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1143950276
**Edad:**34 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 09:28:07
**Fecha salida:**2026-02-17 / 02:39:59
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: : CONTROL MEDICO EN EPS

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JESUS ALBERTO MUÑOZ TUQUERRES
CC: 1143950276
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**JESUS ALBERTO MUÑOZ TUQUERRES
**Fecha de nacimiento:**18/01/1992
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**OFICIAL
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1143950276
**Edad:**34 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 09:29:52
**Fecha salida:**2026-02-17 / 02:40:59
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
**:**

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JESUS ALBERTO MUÑOZ TUQUERRES
CC: 1143950276
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELEFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**JOSE JHON JAIRO SALAZAR VALENCIA
**Fecha de nacimiento:**29/06/2002
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**OFICIAL
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1193078413
**Edad:**23 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 08:48:01
**Fecha salida:**2026-02-17 / 01:15:37
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:** NO
OTROS:

**RESTRICCIONES:** NINGUNO
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCION:

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999. Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JOSE JHON JAIRO SALAZAR VALENCIA
CC. 1193078413
Firma del paciente



Powered by CamScanner

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolivar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELEFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**ELIECER VALENCIA PARRA
**Fecha de nacimiento:**04/02/1964
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**6177615
**Edad:**62 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 08:34:24
**Fecha salida:**2026-02-17 / 09:09:27
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CARDIOVASCULAR: CONTROL HTA
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

ELIECER VALENCIA PARRA
CC: 6177615
Firma del paciente



Powered by CamScanner

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolivar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELEFONO:**6022979491 - 6022978846 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**DANIEL CAMILO OSNAS LABIO
**Fecha de nacimiento:**06/02/2003
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1002953017
**Edad:**23 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 08:44:01
**Fecha salida:**2026-02-17 / 09:35:46
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCION DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre m condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presentó la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médicc

Daniel osnas

DANIEL CAMILO OSNAS LABIO
CC: 1002953017
Firma del paciente



Powered by CamScanner

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1. San Luis **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**JESUS ALBERTO MUÑOZ TUQUERRES
**Fecha de nacimiento:**18/01/1992
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**OFICIAL
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1143950276
**Edad:**34 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 09:28:07
**Fecha salida:**2026-02-17 / 02:39:59
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CARDIOVASCULAR: CONTROL PESO
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato, Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JESUS ALBERTO MUÑOZ TUQUERRES
CC: 1143950276
Firma del paciente



Powered by CamScanner

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-18

**Nombres y apellidos:**DILMER ANDRES RENTERIA ANGULO
**Fecha de nacimiento:**28/03/2000
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**CC:**1006189578
**Edad:**25 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-18 / 06:53:38
**Fecha salida:**2026-02-18 / 07:16:39
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CARDIOVASCULAR: CONTROL PESO
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

DILMER ANDRES RENTERIA ANGULO
CC: 1006189578
Firma del paciente



Powered by CamScanner

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**JOSE LEISER PALACIOS MORENO
**Fecha de nacimiento:**11/10/1987
**Empresa:**INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**PILERO
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**CC:**1078857349
**Edad:**38 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 08:31:06
**Fecha salida:**2026-02-17 / 12:39:28
**Actividad Económica:**4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:**SALUD TOTAL S.A. E.P.S.



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
CC: 66737190
RM: 7652298
LIC-SST: 2044-2018
Firma y sello del médico

JOSE LEISER PALACIOS MORENO
CC: 1078857349
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-02-17

**Nombres y apellidos:** MILTON YAMID ROSAS GUERRERO
**CC:** 1081594644
**Fecha de nacimiento:** 18/11/1994
**Edad:** 31 **Sexo:** MASCULINO
**Empresa:** FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Fecha ingreso:** 2026-02-17 / 08:38:11
**Empresa usuaria:**
**Fecha salida:** 2026-02-17 / 12:45:51
**Cargo:** MAESTRO DE OBRA
**Actividad Económica:** 4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**Departamento:** VALLE
**ARL:**
**EPS:** NO REFIERE
**Fondo de Pensiones:** PORVENIR



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**RECOMENDACIONES:**
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
CC: 66737190
RM: 7652298
LIC-SST: 2044-2018
Firma y sello del médico

MILTON YAMID ROSAS GUERRERO
CC: 1081594644
Firma del paciente

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-17

**Nombres y apellidos:**MILTON YAMID ROSAS GUERRERO
**Fecha de nacimiento:**18/11/1994
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**MAESTRO DE OBRA
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**CC:**1081594644
**Edad:**31 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-17 / 08:38:11
**Fecha salida:**2026-02-17 / 12:45:51
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
CC: 66737190
RM: 7652298
LIC-SST: 2044-2018
Firma y sello del médico

MILTON YAMID ROSAS GUERRERO
CC: 1081594644
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-02-17

**Nombres y apellidos:** MILTON YAMID ROSAS GUERRERO
**CC:** 1081594644
**Fecha de nacimiento:** 18/11/1994
**Edad:** 31 **Sexo:** MASCULINO
**Empresa:** FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Fecha ingreso:** 2026-02-17 / 09:18:19
**Empresa usuaria:**
**Fecha salida:** 2026-02-17 / 12:46:56
**Cargo:** MAESTRO DE OBRA
**Actividad Económica:** 4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**Departamento:** VALLE
**EPS:** NO REFIERE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:** PORVENIR



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
**:**

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
CC: 66737190
RM: 7652298
LIC-SST: 2044-2018
Firma y sello del médico

MILTON YAMID ROSAS GUERRERO
CC: 1081594644
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-02-18

**Nombres y apellidos:** DILMER ANDRES RENTERIA ANGULO
**Fecha de nacimiento:** 28/03/2000
**Empresa:** FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** AYUDANTE
**Departamento:** VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:** PORVENIR

**CC:** 1006189578
**Edad:** 25 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2026-02-18 / 06:53:38
**Fecha salida:** 2026-02-18 / 07:16:39
**Actividad Económica:** 4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:** NO REFIERE



### EXAMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CARDIOVASCULAR: CONTROL PESO
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MEDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

DILMER ANDRES RENTERIA ANGULO
CC: 1006189578
Firma del paciente



Powered by CamScanner

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA
**DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
**CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA
**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046
**EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com
**FECHA EXAMEN:**2026-02-18

**Nombres y apellidos:**DILMER ANDRES RENTERIA ANGULO
**Fecha de nacimiento:**28/03/2000
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**CC:**1006189578
**Edad:**25 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-18 / 06:53:38
**Fecha salida:**2026-02-18 / 07:16:39
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

DILMER ANDRES RENTERIA ANGULO
CC: 1006189578
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.



Powered by CamScanner

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-19

**Nombres y apellidos:**CARLOS HERNANDO ROSAS GUERRERO
**Fecha de nacimiento:**11/03/1983
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**CONTRATISTA
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**13040764
**Edad:**42 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-19 / 07:26:06
**Fecha salida:**2026-02-19 / 11:53:11
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
**:**

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CONDICIÓN VISUAL: CONTROL ANUAL
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

CARLOS HERNANDO ROSAS GUERRERO
CC: 13040764
Firma del paciente

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-19

**Nombres y apellidos:**CARLOS HERNANDO ROSAS GUERRERO
**Fecha de nacimiento:**11/03/1983
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**CONTRATISTA
**Departamento:**VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**13040764
**Edad:**42 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-19 / 07:26:06
**Fecha salida:**2026-02-19 / 11:53:11
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: : CONTROL MEDICO EN EPS
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

CARLOS HERNANDO ROSAS GUERRERO
CC: 13040764
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-02-19

**Nombres y apellidos:** CARLOS HERNANDO ROSAS GUERRERO
**Fecha de nacimiento:** 11/03/1983
**Empresa:** FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** CONTRATISTA
**Departamento:** VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:** NO REFIERE

**CC:** 13040764
**Edad:** 42 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2026-02-19 / 07:33:57
**Fecha salida:** 2026-02-19 / 11:55:40
**Actividad Económica:** 4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:** NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
**:**

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

CARLOS HERNANDO ROSAS GUERRERO
CC: 13040764
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA
**DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
**CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA
**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046
**EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com
**FECHA EXAMEN:** 2026-02-19

**Nombres y apellidos:** DAILON ERNESTO MOYA MENA
**Fecha de nacimiento:** 31/12/1991
**Empresa:** INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** OFICIAL
**Departamento:** VALLE
**ARL:**
**Fondo de Pensiones:** NO REFIERE

**CC:** 1077452041
**Edad:** 34 **Sexo:** MASCULINO
**Fecha ingreso:** 2026-02-19 / 07:56:58
**Fecha salida:** 2026-02-19 / 10:54:00
**Actividad Económica:** 4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:** E.P.S. FAMISANAR LTDA. CAFAM-COLSUBSIDIO



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

**CONCEPTO DE APTITUD:**
**:**

APTO (A) PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración. Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

DAILON ERNESTO MOYA MENA
CC: 1077452041
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA
**DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
**CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA
**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046
**EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com
**FECHA EXAMEN:** 2026-02-19

**Nombres y apellidos:** WILMAR ALBERTO ALVAREZ MESA
**CC:** 70257108
**Fecha de nacimiento:** 11/12/1980
**Edad:** 45 **Sexo:** MASCULINO
**Empresa:** INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Fecha ingreso:** 2026-02-19 / 07:50:37
**Empresa usuaria:**
**Fecha salida:** 2026-02-19 / 07:50:37
**Cargo:** OFICIAL
**Actividad Económica:** 4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**Departamento:** VALLE
**ARL:**
**EPS:** NUEVA EPS
**Fondo de Pensiones:** NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

**CONCEPTO DE APTITUD:**
**:**

APTO (A) PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración. Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
CC: 66737190
RM: 7652298
LIC-SST: 2044-2018
Firma y sello del médico

WILMAR ALBERTO ALVAREZ MESA
CC: 70257108
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA
**DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis
**CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA
**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046
**EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com
**FECHA EXAMEN:** 2026-02-20

**Nombres y apellidos:** CLEIDY YOVANA CAICEDO BENITEZ
**CC:** 29231364
**Fecha de nacimiento:** 11/01/1983
**Edad:** 43 **Sexo:** MASCULINO
**Empresa:** INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Fecha ingreso:** 2026-02-20 / 09:02:00
**Empresa usuaria:**
**Fecha salida:** 2026-02-20 / 02:57:31
**Cargo:** AUXILIAR SST
**Actividad Económica:** 4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**Departamento:** VALLE
**ARL:** NO REFIERE
**EPS:** SANIDAD MILITAR
**Fondo de Pensiones:** PORVENIR



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- HEMOCLASIFICACION SISTEMA RH ANTÍGENO RH D EN TUBO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

CLEIDY YOVANA CAICEDO BENITEZ
CC: 29231364
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022973491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-02-25

**Nombres y apellidos:**BRAYAN DAVID VELASCO GONZALIAZ
**Fecha de nacimiento:**10/04/1999
**Empresa:**INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**NO REFIERE
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1062333615
**Edad:**26 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-02-25 / 08:18:27
**Fecha salida:**2026-02-25 / 08:18:45
**Actividad Económica:**4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

**CONCEPTO DE APTITUD:**
:

APTO (A) PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración. Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
CC: 66737190
RM: 7652298
LIC-SST: 2044-2018
Firma y sello del médico

BRAYAN DAVID VELASCO GONZALIAZ
CC: 1062333615
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-03-02

**Nombres y apellidos:**DANIEL SALAZAR CORTES
**Fecha de nacimiento:**11/07/2006
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**NO REFIERE
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1087124144
**Edad:**19 **Sexo:**MASCULINO
**Celular:**3175263457
**Estado Civil:**SOLTERO
**Fecha ingreso:**2026-03-02 / 10:04:42
**Fecha salida:**2026-03-02 / 10:04:43
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS POR DEFECTO ABDOMINAL

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.



GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

DANIEL SALAZAR CORTES
CC: 1087124144
Firma del paciente

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-03-02

**Nombres y apellidos:**DANIEL SALAZAR CORTES
**Fecha de nacimiento:**11/07/2006
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**AYUDANTE
**Departamento:**VALLE
**ARL:**NO REFIERE
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE

**CC:**1087124144
**Edad:**19 **Sexo:**MASCULINO
**Fecha ingreso:**2026-03-02 / 10:04:42
**Fecha salida:**2026-03-02 / 10:04:43
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:**NO REFIERE



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS POR DEFECTO ABDOMINAL

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

DANIEL SALAZAR CORTES
CC: 1087124144
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-03-02

**Nombres y apellidos:** VICTOR RUBIANO IMBACHI BRAVO
**Fecha de nacimiento:** 12/09/1977
**Empresa:** FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** OFICIAL DE OBRA
**Departamento:** VALLE
**ARL:** NO REFIERE
**Fondo de Pensiones:** NO REFIERE

**CC:** 87247967
**Edad:** 48 **Sexo:** MASCULINO
**Celular:** 3217753806
**Estado Civil:** SOLTERO
**Fecha ingreso:** 2026-03-02 / 10:30:14
**Fecha salida:** 2026-03-02 / 12:40:33
**Actividad Económica:** 4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**EPS:** NO REFIERE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CONDICIÓN VISUAL: CONTROL ANUAL

**RECOMENDACIONES:**
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
CC: 66737190
RM: 7652298
LIC-SST: 2044-2018
Firma y sello del médico

VICTOR RUBIANO IMBACHI BRAVO
CC: 87247967
Firma del paciente

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-03-02

**Nombres y apellidos:**VICTOR RUBIANO IMBACHI BRAVO
**CC:**87247967
**Fecha de nacimiento:**12/09/1977
**Edad:**48 **Sexo:**MASCULINO
**Empresa:**FERROCONSTRUCCIONES ROSAS S.A.S. / 2026
**Fecha ingreso:**2026-03-02 / 10:30:14
**Empresa usuaria:**
**Fecha salida:**2026-03-02 / 12:40:33
**Cargo:**OFICIAL DE OBRA
**Actividad Económica:**4111 - CONSTRUCCIÓN DE EDIFICIOS RESIDENCIALES
**Departamento:**VALLE
**ARL:**NO REFIERE
**EPS:**NO REFIERE
**Fondo de Pensiones:**NO REFIERE



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: ALIMENTACION BALANCEADA

SORAYA ELIZABETH HURTADO ANGULO
CC: 66737190
RM: 7652298
LIC-SST: 2044-2018
Firma y sello del médico

VICTOR RUBIANO IMBACHI BRAVO
CC: 87247967
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-03-13

**Nombres y apellidos:** DARIO ALEXANDER ORDOÑEZ MELO
**Fecha de nacimiento:** 29/06/1989
**Empresa:** INGENIERIAS DE CALIDAD DM S.A.S / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** REPRESENTANTE LEGAL
**Departamento:** VALLE
**ARL:** SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A
**Fondo de Pensiones:** PORVENIR

**CC:** 1081593193
**Edad:** 36 **Sexo:** MASCULINO
**Celular:** 3233994910
**Estado Civil:** UNION LIBRE
**Fecha ingreso:** 2026-03-13 / 08:20:42
**Fecha salida:** 2026-03-14 / 08:18:02
**Actividad Económica:** 4210 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL
**EPS:** NUEVA EPS



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- EXAMEN MEDICO DE ESPACIOS CONFINADOS
- ESPIROMETRIA
- VISIOMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

**CONCEPTO DE APTITUD:**
**:** APTO (A) PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constar quien presento la valoración. Fui Informado sobre mi estado actual de condiciones salud.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

DARIO ALEXANDER ORDOÑEZ MELO
CC: 1081593193
Firma del paciente

MEDILABORAL

# Certificado Médico Ocupacional



**EMPRESA**

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO. CERTIFICADO** | 2.174.411 | **FECHA** | 16/03/2026 9:37 a.m. | **PRESTADOR/SEDE** | BOGOTÁ - SANTA BARBARA |
| **PENSIONES** | COLPENSIONES | **ARL** | SURA | | |
| **EPS** | COMPENSAR | | | **TIPO DE EXAMEN** | PERIODICO |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | BOTON GOMEZ CARLOS MAURICIO | | | **NO. DOCUMENTO** | CC. 80.724.186 |
| **TIPO DE CARGO** | OPERATIVO | | | **CARGO U OFICIO** | INGENIERO CIVIL |
| **EDAD** | 43 | **SEXO** | M | **TELÉFONO** | 3204964055 |
| **CORREO** | mauricioboton@arqingco.com | | | | |

**ACTIVIDAD ECONOMICA:** CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

**EXÁMENES REALIZADOS**

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO PERIODICO

| CONCEPTO DE APTITUD | OTROS CONCEPTOS |
|---|---|
| Apto sin restricciones para el cargo | NA |

## RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA – CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO - CONTINUAR CAPACITACIONES - SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

## RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES – REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

## AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, BOTON GOMEZ CARLOS MAURICIO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 80.724.186, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

CC. 80.724.186

MEDILABORAL

# Certificado Médico Ocupacional



**EMPRESA**

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO. CERTIFICADO** | 2.174.411 | **FECHA** | 16/03/2026 9:37 a.m. | **PRESTADOR/SEDE** | BOGOTÁ - SANTA BARBARA |
| **PENSIONES** | COLPENSIONES | **ARL** | SURA | | |
| **EPS** | COMPENSAR | | | **TIPO DE EXAMEN** | PERIODICO |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | BOTON GOMEZ CARLOS MAURICIO | | | **NO. DOCUMENTO** | CC. 80.724.186 |
| **TIPO DE CARGO** | OPERATIVO | | | **CARGO U OFICIO** | INGENIERO CIVIL |
| **EDAD** | 43 | **SEXO** | M | **TELÉFONO** | 3204964055 | **CORREO** | mauricioboton@arqingco.com |

Aspirante o trabajador

CC. 80.724.186

Profesional

DRA. CARMEN CECILIA CANTILLO BARRAZA R.M 3285 CC 22447904 LIC 23050 DE 18/03/2025

**ELABORADO Y EMITIDO POR**

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

**Confidencial:** Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

MEDILABORAL

# Certificado Médico Ocupacional



**EMPRESA**

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO. CERTIFICADO** | 2.174.404 | **FECHA** | 16/03/2026 9:34 a.m. | **PRESTADOR/SEDE** | BOGOTÁ - SANTA BARBARA |
| **PENSIONES** | COLPENSIONES | **ARL** | SURA | | |
| **EPS** | COMPENSAR | | | **TIPO DE EXAMEN** | PERIODICO |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | PABON TRIANA NIDIA YOLANDA | | | **NO. DOCUMENTO** | CC. 52.884.074 |
| **TIPO DE CARGO** | OPERATIVO | | | **CARGO U OFICIO** | INGENIERA CIVIL |
| **EDAD** | 44 | **SEXO** | F | **TELÉFONO** | 3204961371 |
| **CORREO** | nidiapabon@gmail.com | | | | |

**ACTIVIDAD ECONOMICA:** CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

**EXÁMENES REALIZADOS**

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO PERIODICO

| CONCEPTO DE APTITUD | OTROS CONCEPTOS |
|---|---|
| Apto sin restricciones para el cargo | NA |

## RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR CAPACITACIONES - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

## RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

## AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, PABON TRIANA NIDIA YOLANDA, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 52884074, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

CC. 52.884.074

# Certificado Médico Ocupacional



**EMPRESA**

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO. CERTIFICADO** | 2.174.404 | **FECHA** | 16/03/2026 9:34 a.m. | **PRESTADOR/SEDE** | BOGOTÁ - SANTA BARBARA |
| **PENSIONES** | COLPENSIONES | **ARL** | SURA | | |
| **EPS** | COMPENSAR | | | **TIPO DE EXAMEN** | PERIODICO |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | PABON TRIANA NIDIA YOLANDA | | | **NO. DOCUMENTO** | CC. 52.884.074 |
| **TIPO DE CARGO** | OPERATIVO | | | **CARGO U OFICIO** | INGENIERA CIVIL |
| **EDAD** | 44 | **SEXO** | F | **TELÉFONO** | 3204961371 | **CORREO** | nidiapabon@gmail.com |

Aspirante o trabajador

CC. 52.884.074

Profesional

DRA. ANDY JOHANA LÓPEZ GONZALEZ R.M.9135/2010 CCS2869216 LIC 25-S027 DE 2015

**ELABORADO Y EMITIDO POR**

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

**Confidencial:** Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

# Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NO. CERTIFICADO | 2.174.547 | FECHA | 16/03/2026 10:24 a.m. | PRESTADOR/SEDE | BOGOTÁ - SANTA BARBARA |
| PENSIONES | NO REFIERE | ARL | NO REFIERE | | |
| EPS | COMPENSAR | | | TIPO DE EXAMEN | PERIODICO |
| NOMBRES Y APELLIDOS | PALACIOS RUBIANO GUSTAVO | | | NO. DOCUMENTO | CC. 19.055.241 |
| TIPO DE CARGO | OPERATIVO | | | CARGO U OFICIO | ARQUITECTO |
| EDAD | 78 | SEXO | M | TELÉFONO | 3125880897 |
| | | | | CORREO | guspalr2022@gmail.com |

ACTIVIDAD ECONOMICA: CONSTRUCCIÓN DE OTRAS OBRAS DE INGENIERÍA CIVIL

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - ESPIROMETRÍA - EXAMEN MEDICO PERIODICO

| CONCEPTO DE APTITUD | OTROS CONCEPTOS |
|---|---|
| Apto con restricciones para el cargo<br>Vigencia de las restricciones: 6 Meses | NA |

## RESTRICCIONES

PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS. RESTRICCIÓN PARA REALIZAR TRABAJO DE CAMPO POR IMPORTANTE ALTERACIÓN VISUAL, RESPIRATORIA, METABÓLICA Y CARDIOVASCULAR.

1. EVITAR ACTIVIDADES QUE CONLLEVEN EXIGENCIA DE VISIÓN DE PROFUNDIDAD, DISCRIMINACIÓN FINA, DE PRECISIÓN Y/O, ENCAJE. - REQUIERE MANEJO QUIRURGICO POR OFTALMOLOGÍA.

- RESTRICCIÓN PARA REALIZAR DESPLAZAMIENTOS DE MAS DE 20 MINUTOS CONTÍNUOS Y DEBE SER EN TERRENO PLANO Y REGULAR.

- PUEDE SUBIR Y BAJAR ESCALERAS CON BAJA FRECUENCIA DURANTE LA JORNADA LABORAL, REALIZÁNDOLO CON TÉCNICA ADECUADA, HACIENDO USO DE LAS BARANDAS Y DESPLAZÁNDOSE ESCALÓN POR ESCALÓN, ES DECIR 1 ESCALÓN A LA VEZ.

- EVITAR LABORAR EXPUESTO A RUIDO IGUAL O SUPERIOR A 85 DECIBELES.-

## RECOMENDACIONES GENERALES

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO EN ENTIDAD DE SALUD, PRIORIZANDO OFTALMOLOGÍA EN ESTE MOMENTO.

## RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - CONTINUAR CAPACITACIONES - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

## RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - CONTINUAR TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO MEDICO - SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

MEDILABORAL

# Certificado Médico Ocupacional



**EMPRESA**

ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES SAS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **NO. CERTIFICADO** | 2.174.547 | **FECHA** | 16/03/2026 10:24 a.m. | **PRESTADOR/SEDE** | BOGOTÁ - SANTA BARBARA |
| **PENSIONES** | NO REFIERE | **ARL** | NO REFIERE | | |
| **EPS** | COMPENSAR | | | **TIPO DE EXAMEN** | PERIODICO |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | PALACIOS RUBIANO GUSTAVO | | | **NO. DOCUMENTO** | CC. 19.055.241 |
| **TIPO DE CARGO** | OPERATIVO | | | **CARGO U OFICIO** | ARQUITECTO |
| **EDAD** | 78 | **SEXO** | M | **TELÉFONO** | 3125880897 |
| **CORREO** | guspalr2022@gmail.com | | | | |

## AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, PALACIOS RUBIANO GUSTAVO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 19.055.241, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

CC. 19.055.241

Aspirante o trabajador

CC. 19.055.241

Profesional

RITA E. FLOREZ C
Med. Esp. Salud Ocupacional
Universidad El Bosque
Lic. 4663 29 de Abril 2019
CC. 26257969

DRA. RITA ESTHER FLOREZ CASTILLO R.M 4305/87 CC 26257969 LIC. 4663 DE 29/04/2019

**ELABORADO Y EMITIDO POR**

MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA BARBARA CRA 7 BIS A NO. 123-86 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ
Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025.

**Confidencial:** Este documento es exclusivo de MEDICINA LABORAL S.A.S. por lo que, se encuentra prohibida su divulgación por cualquier medio sin autorización expresa y escrita. www.medilaboral.com

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-03-17

**Nombres y apellidos:** JAIME EDUARDO CAICEDO OBANDO **CC:** 14477934
**Fecha de nacimiento:** 22/02/1985 **Edad:** 41 **Sexo:** MASCULINO
**Empresa:** CONSORCIO FP / 2026 **Celular:** 3122748125
**Empresa usuaria:** **Estado Civil:** SOLTERO
**Cargo:** CADENERO TOPOGRAFIA **Fecha ingreso:** 2026-03-17 / 08:07:30
**Departamento:** VALLE **Fecha salida:** 2026-03-17 / 08:15:15
**ARL:** SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA **Actividad Económica:** 71121 - ACTIVIDADES DE INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA
**Fondo de Pensiones:** COLPENSIONES **EPS:** SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS



### EXÁMENES REALIZADOS

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

---

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

---

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JAIME EDUARDO CAICEDO OBANDO
CC: 14477934
Firma del paciente

---

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-03-17

**Nombres y apellidos:** JUAN CARLOS GUERRERO ASPRILLA **CC:** 16498978
**Fecha de nacimiento:** 16/09/1971 **Edad:** 54 **Sexo:** MASCULINO
**Empresa:** CONSORCIO FP / 2026 **Celular:** 3146407217
**Empresa usuaria:** **Estado Civil:** CASADO
**Cargo:** TOPOGRAFO **Fecha ingreso:** 2026-03-17 / 10:11:27
**Departamento:** VALLE **Fecha salida:** 2026-03-17 / 10:18:14
**ARL:** ARL POSITIVA **Actividad Económica:** 71121 - ACTIVIDADES DE INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA
**Fondo de Pensiones:** COLPENSIONES **EPS:** SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD EPS SOS



### EXÁMENES REALIZADOS

- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

---

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

---

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JUAN CARLOS GUERRERO ASPRILLA
CC: 16498978
Firma del paciente

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-03-17

**Nombres y apellidos:** MARLYNG YISELA VALLEJO HURTADO
**Fecha de nacimiento:** 02/05/1982
**Empresa:** CONSORCIO FP / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** PROFESIONAL SOCIAL
**Departamento:** VALLE
**ARL:** SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
**Fondo de Pensiones:** COLPENSIONES

**CC:** 38472089
**Edad:** 43 **Sexo:** FEMENINO
**Celular:** 3207693504
**Estado Civil:** SOLTERO
**Fecha ingreso:** 2026-03-17 / 10:42:17
**Fecha salida:** 2026-03-17 / 10:45:42
**Actividad Económica:** 71121 - ACTIVIDADES DE INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA
**EPS:** COMFENALCO VALLE



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR

---

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**
CARDIOVASCULAR: CONTROL PESO
OTROS: NO

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

**RECOMENDACIONES:**
ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS

---

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

MARLYNG YISELA VALLEJO HURTADO
CC: 38472089
Firma del paciente

---

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-03-17

**Nombres y apellidos:**MARLYNG YISELA VALLEJO HURTADO
**Fecha de nacimiento:**02/05/1982
**Empresa:**CONSORCIO FP / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**PROFESIONAL SOCIAL
**Departamento:**VALLE
**ARL:**SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS DE VIDA
**Fondo de Pensiones:**COLPENSIONES

**CC:**38472089
**Edad:**43 **Sexo:**FEMENINO
**Fecha ingreso:**2026-03-17 / 10:42:17
**Fecha salida:**2026-03-17 / 10:45:42
**Actividad Económica:**71121 - ACTIVIDADES DE INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA
**EPS:**COMFENALCO VALLE



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: : CONTROL MEDICO EN EPS

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

MARLYNG YISELA VALLEJO HURTADO
CC: 38472089
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-03-17

**Nombres y apellidos:** JASMIN ANGULO LANDAZURI
**Fecha de nacimiento:** 12/06/1971
**Empresa:** CONSORCIO FP / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** PROFESIONAL SST
**Departamento:** VALLE
**ARL:** ARL POSITIVA
**Fondo de Pensiones:** PORVENIR

**CC:** 66739420
**Edad:** 54 **Sexo:** FEMENINO
**Celular:** 3226544292
**Estado Civil:** SOLTERO
**Fecha ingreso:** 2026-03-17 / 08:30:02
**Fecha salida:** 2026-03-18 / 06:48:33
**Actividad Económica:** 71121 - ACTIVIDADES DE INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA
**EPS:** COOSALUD EPS-S



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VISIOMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

**SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:**

| | |
|---|---|
| CONDICIÓN VISUAL: | CONTRL ANUAL |
| CARDIOVASCULAR: | CONTROL PESO |
| OTROS: | NO |

**RESTRICCIONES:**

| | |
|---|---|
| TIPO RESTRICCIÓN: | NINGUNO |
| DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: | NINGUNO |

**RECOMENDACIONES:**

| | |
|---|---|
| ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR: | CONTROL MEDICO EN EPS |
| VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: | |

La presente certificación se expide CON base EN la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 1843 de 2025. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve PRINCIPALMENTE para constatar quien presento la valoración. De acuerdo con lo indicado por el empleador, se constata que al trabajador se le comunicaron los resultados de las evaluaciones médicas ocupacionales, los cuales quedarán registrados en su historia médica ocupacional, la cual se encuentra bajo custodia de esta ips.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JASMIN ANGULO LANDAZURI
CC: 66739420
Firma del paciente

Cendiatra

## RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

**SEDE:**CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:**Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:**BUENAVENTURA

**TELÉFONO:**6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:**servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:**2026-03-17

**Nombres y apellidos:**JASMIN ANGULO LANDAZURI
**Fecha de nacimiento:**12/06/1971
**Empresa:**CONSORCIO FP / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:**PROFESIONAL SST
**Departamento:**VALLE
**ARL:**ARL POSITIVA
**Fondo de Pensiones:**PORVENIR

**CC:**66739420
**Edad:**54 **Sexo:**FEMENINO
**Fecha ingreso:**2026-03-17 / 08:30:02
**Fecha salida:**2026-03-18 / 06:48:33
**Actividad Económica:**71121 - ACTIVIDADES DE INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA
**EPS:**COOSALUD EPS-S



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
**Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:**

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTROL MEDICO EN EPS
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JASMIN ANGULO LANDAZURI
CC: 66739420
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

## CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

**SEDE:** CENDIATRA BUENAVENTURA | **DIRECCIÓN:** Av. Simón Bolívar # 34-16, piso 1, San Luis | **CIUDAD DE LA SEDE:** BUENAVENTURA

**TELÉFONO:** 6022979491 - 6022978046 | **EMAIL:** servicio.cliente@cendiatra.com | **FECHA EXAMEN:** 2026-03-17

**Nombres y apellidos:** JASMIN ANGULO LANDAZURI
**Fecha de nacimiento:** 12/06/1971
**Empresa:** CONSORCIO FP / 2026
**Empresa usuaria:**
**Cargo:** PROFESIONAL SST
**Departamento:** VALLE
**ARL:** ARL POSITIVA
**Fondo de Pensiones:** PORVENIR

**CC:** 66739420
**Edad:** 54 **Sexo:** FEMENINO
**Celular:** 3226544292
**Estado Civil:** SOLTERO
**Fecha ingreso:** 2026-03-17 / 08:38:04
**Fecha salida:** 2026-03-18 / 06:49:36
**Actividad Económica:** 71121 - ACTIVIDADES DE INGENIERÍA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORÍA TÉCNICA
**EPS:** COOSALUD EPS-S



### EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA
- ENFASIS OSTEOMUSCULAR
- VISIOMETRIA
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- PERFIL LIPIDICO

**CONCEPTO DE APTITUD:** APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

**RESTRICCIONES:**
TIPO RESTRICCIÓN: NINGUNO
DURACIÓN DE RESTRICCIÓN: NINGUNO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

GLADYS MILDREED CAICEDO ARANGO
CC: 1112458610
RM: 1112458610
LIC-SST: 164
Firma y sello del médico

JASMIN ANGULO LANDAZURI
CC: 66739420
Firma del paciente

# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| NI 901911247 | 1 | CALIBRE AMARILLO MAQUINARIA Y CONSTRUCCION SAS | B | 0 | ARL SURA - 14-11 | ÚNICA | 4290 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 11-1 | CL 185 8 44 | | 6740121 | | | CALIBREAMARILLO@GMAIL.COM | | S |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2026-02 | 2026-03 | 36529054 | E | 2026-03-12 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 1.588.100 | 1.600 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 4 | 36529054 | 2026-03-11 | Pagada | | | | | | | |

| EMPLEADO | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | DÍAS | | | | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | CCF | | | RIESGOS | | TARIFA | PARAF | SENA | ICBF | ESAP | MIN | | | Total | Exento de Parafiscales | Actividad Económica |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| N | ID | EMPLEADO | SALARIO | MODALIDAD DE SALARIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | EPST | AFPT | AFP | EPS | CCF | ARL | NOMBRE | IBC | Cot | FNSOL | FNSUB | NOMBRE | IBC | Cot | NOMBRE | IBC | Cot | IBC | Cot | ARL | IBC | Cot | Cot | Cot | Cot | Cot | Tipo Cot. | Sub. Tipo Cot. | | | |
| 1 | CC 80061989 | OLAYA ARIAS HUGO ARMANDO | 1.750.905 | F | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | COLFONDOS-231001 | 1.750.905 | 280.200 | 0 | 0 | SALUD TOTAL-EPS002 | 1.750.905 | 70.100 | COMPENSAR-CCF24 | 1.750.905 | 70.100 | 1.750.905 | 121.900 | 0,06960 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 542.300 | S | 5429001 |
| 2 | CC 80423092 | DIAZ RUIZ JOSE RAUL | 1.750.905 | F | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 17 | 17 | 17 | 17 | COLPENSION ES-25-14 | 992.180 | 158.800 | 0 | 0 | NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037 | 992.180 | 39.700 | COMPENSAR-CCF24 | 992.180 | 39.700 | 992.180 | 69.100 | 0,06960 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 307.300 | S | 5429001 |
| 3 | CC 1019056715 | DIAZ DIAZ MIGUEL DAVID | 1.750.905 | F | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 30 | 30 | 30 | 30 | PROTECCION-230201 | 1.750.905 | 280.200 | 0 | 0 | SANITAS-EPS005 | 1.750.905 | 70.100 | COMPENSAR-CCF24 | 1.750.905 | 70.100 | 1.750.905 | 9.200 | 0,00522 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 429.600 | S | 4429001 |
| 4 | CC 1093739840 | SINNING VILLALBA GUILLERMO JAVIER | 1.750.905 | F | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | | 17 | 17 | 17 | 17 | PORVENIR-230301 | 992.180 | 158.800 | 0 | 0 | FAMISANAR-EPS017 | 992.180 | 39.700 | COMPENSAR-CCF24 | 992.180 | 39.700 | 992.180 | 69.100 | 0,06960 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 01 | 0 | 307.300 | S | 5429001 |


# RESUMEN PLANILLA PAGADA

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | DV | RAZÓN SOCIAL | CLASE | CÓDIGO | ARL | F. PRESENTACIÓN | ACT. ECO | TIPO DE EMPRESA |
| NI 901911247 | 1 | CALIBRE AMARILLO MAQUINARIA Y CONSTRUCCION SAS | B | 0 | ARL SURA - 14-11 | ÚNICA | 4290 | Jurídica |
| MUN-DEP | DIRECCIÓN | | TELÉFONO | | | EMAIL | | EXENTO DE PARAFISCALES |
| 11-1 | CL 185 8 44 | | 6740121 | | | CALIBREAMARILLO@GMAIL.COM | | S |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERÍODO PENSIÓN | PERÍODO SALUD | PLANILLA | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO | CENTRO DE TRABAJO | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | VALOR PAGO | INTERÉS X MORA | ENTIDAD RECAUDO |
| 2026-02 | 2026-03 | 36529054 | E | 2026-03-12 | TODOS LOS CENTROS | TODOS | TODOS | 1.588.100 | 1.600 | BANCOLOMBIA |
| Nº AFILIADOS | REF. DE PAGO (PIN) | FECHA LÍMITE PAGO | ESTADO PLANILLA | | | | | | | |
| 4 | 36529054 | 2026-03-11 | Pagada | | | | | | | |


| TOTALES IBC | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IBC PENSIÓN | IBC SALUD | IBC RIESGOS | IBC CAJAS | IBC PARAF |
| 5.486.170 | 5.486.170 | 5.486.170 | 5.486.170 | 0 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP(Administradoras: 4) | | | | 4 | 878.000 | 0 | 800 | 0 | 878.800 |
| COLFONDOS | 231001 | 800227940 | 6 | 1 | 280.200 | 0 | 200 | 0 | 280.400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900336004 | 7 | 1 | 158.800 | 0 | 200 | 0 | 159.000 |
| PORVENIR | 230301 | 800224808 | 8 | 1 | 158.800 | 0 | 200 | 0 | 159.000 |
| PROTECCION | 230201 | 800229739 | 0 | 1 | 280.200 | 0 | 200 | 0 | 280.400 |
| EPS(Administradoras: 4) | | | | 4 | 219.600 | 0 | 400 | 0 | 220.000 |

| SUBSISTEMA | CÓDIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | VALOR UPC | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FAMISANAR | EPS017 | 830003564 | 7 | 1 | 39.700 | 0 | 100 | 0 | 39.800 |
| NUEVA E.P.S. S.A. | EPS037 | 900156264 | 2 | 1 | 39.700 | 0 | 100 | 0 | 39.800 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800130907 | 4 | 1 | 70.100 | 0 | 100 | 0 | 70.200 |
| SANITAS | EPS005 | 800251440 | 6 | 1 | 70.100 | 0 | 100 | 0 | 70.200 |
| ARP(Administradoras: 1) | | | | 4 | 269.300 | 0 | 200 | 0 | 269.500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890903790 | 5 | 4 | 269.300 | 0 | 200 | 0 | 269.500 |
| CCF(Administradoras: 1) | | | | 4 | 219.600 | 0 | 200 | 0 | 219.800 |
| COMPENSAR-CCF | CCF24 | 860066942 | 7 | 4 | 219.600 | 0 | 200 | 0 | 219.800 |
| Gran Total | | | | | 1.586.500 | 0 | 1.600 | 0 | 1.588.100 |

ASOPAGOS s.a.
PAGADO

# CONSULTA EMPLEADO

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | CALIBRE AMARILLO MAQUINARIA Y CONSTRUCCION SAS |
| IDENTIFICACIÓN APORTANTE | NI-901911247 |
| SUCURSAL | 0 |
| FECHA PAGO | 2026-03-12 |
| INDENTIFICACIÓN EMPLEADO | CC-80423092 |
| NOMBRE EMPLEADO | JOSE RAUL DIAZ RUIZ |
| EPS | NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A. |
| AFP | Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES |
| CAJA COMPENSACIÓN | Caja de Compensacion Familiar COMPENSAR |
| ARL | ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. |
| NÚMERO PLANILLA | 36529054 |
| REFERENCIA PAGO(PIN) | |
| TIPO PLANILLA | E |
| PERÍODO PENSIÓN | 2026-02 |
| PERÍODO SALUD | 2026-03 |
| TIPO COTIZANTE | Dependiente |
| SUBTIPO COTIZANTE | Sin Subtipo |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | 5429001 |
| NOVEDAD INGRESO INICIAL | 2026-02-14 |
| NOVEDAD INGRESO FINAL | |

| ING | Fecha ING | RET | Fecha RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha VSP | VTE | VST | SLN | Fecha SIn inicio | Fecha SIn Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha LMA | Fecha LMA Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha VAC Fin | AVP | VCT | Fecha VCT Inicio | Fecha VCT Fin | IRL | Fecha IRL Inicio | Fecha IRL Fin |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | 14/02/26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total | Fondo de Solidaridad de | Fondo de Subsistencia | Valor no retenido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 17 | 992.180 | 0,1600000 | $ 158.800 | $ 0 | $ 0 | $ 158.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE SALUD

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | UPC adicional | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad o | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Número Autorización | Valor | Número Autorización | Valor |
| 17 | 992.180 | 0,0400000 | $ 39.700 | $ 0 | 0 | $ 0 | 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Código de centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|
| 17 | 992.180 | 0,0696000 | $ 69.100 | 54290 |

APORTES PARAFISCALES

| Días Cot | Caja de Compensación Familiar | | | Sena | | | ICBF | | ESAP | | MIN DE EDUCACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IBC | Tarifa | Cot.Obligatori | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Tarifa | Cot. Obligatori | Tarifa | Cot. | Tarifa | Cot. Obligatori |
| 17 | 992.180 | 0,0400000 | $ 39.700 | 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

| Pensión | Salud | Riesgos | Parafiscales | Total |
|---|---|---|---|---|
| $ 158.800 | $ 39.700 | $ 69.100 | $ 39.700 | $ 307.300 |

# CONSULTA EMPLEADO

| | |
|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | CALIBRE AMARILLO MAQUINARIA Y CONSTRUCCION SAS |
| IDENTIFICACIÓN APORTANTE | NI-901911247 |
| SUCURSAL | 0 |
| FECHA PAGO | 2026-03-12 |
| INDENTIFICACIÓN EMPLEADO | CC-1093739840 |
| NOMBRE EMPLEADO | GUILLERMO JAVIER SINNING VILLALBA |
| EPS | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR LIMITADA CAFAM COLSUBSIDIO |
| AFP | PORVENIR |
| CAJA COMPENSACIÓN | Caja de Compensacion Familiar COMPENSAR |
| ARL | ARL SURA - SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. |
| NÚMERO PLANILLA | 36529054 |
| REFERENCIA PAGO(PIN) | |
| TIPO PLANILLA | E |
| PERÍODO PENSIÓN | 2026-02 |
| PERÍODO SALUD | 2026-03 |
| TIPO COTIZANTE | Dependiente |
| SUBTIPO COTIZANTE | Sin Subtipo |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | 5429001 |
| NOVEDAD INGRESO INICIAL | 2026-02-14 |
| NOVEDAD INGRESO FINAL | |

| ING | Fecha ING | RET | Fecha RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha VSP | VTE | VST | SLN | Fecha Sln inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha LMA | Fecha LMA Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha VAC Fin | AVP | VCT | Fecha VCT Inicio | Fecha VCT Fin | IRL | Fecha IRL Inicio | Fecha IRL Fin |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| X | 14/02/26 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Cot. Voluntaria | | Total | Fondo de Solidaridad de | Fondo de Subsistencia | Valor no retenido |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Afiliado | Aportante | | | | |
| 17 | 992.180 | 0,1600000 | $ 158.800 | $ 0 | $ 0 | $ 158.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE SALUD

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | UPC adicional | Incapacidades E.G | | Licencias de Maternidad o | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | Número Autorización | Valor | Número Autorización | Valor |
| 17 | 992.180 | 0,0400000 | $ 39.700 | $ 0 | 0 | $ 0 | 0 | $ 0 |

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

| Días Cot | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Código de centro de trabajo |
|---|---|---|---|---|
| 17 | 992.180 | 0,0696000 | $ 69.100 | 54290 |

APORTES PARAFISCALES

| Días Cot | Caja de Compensación Familiar | | | Sena | | | ICBF | | ESAP | | MIN DE EDUCACIÓN | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | IBC | Tarifa | Cot.Obligatori | IBC | Tarifa | Cot. Obligatoria | Tarifa | Cot. Obligatori | Tarifa | Cot. | Tarifa | Cot. Obligatori |
| 17 | 992.180 | 0,0400000 | $ 39.700 | 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 | 0,0000000 | $ 0 |

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

| Pensión | Salud | Riesgos | Parafiscales | Total |
|---|---|---|---|---|
| $ 158.800 | $ 39.700 | $ 69.100 | $ 39.700 | $ 307.300 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Telefono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 900669600 | 8 | ARQING CONSULTORIA Y CONSTRUCCIONES S.A.S | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL ARQING | CARRERA 15A No. 124-60 OF 102 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3106560 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-01 | 2026-02 | 370533624 | 94949240147 | E | 2026/02/03 | 2026/02/04 | BANCO CAJA SOCIAL | 1 | $2,825,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Cotizo | Días | IBC | Aporte | Cotizo | Días | IBC | Aporte | Cotizo | Días | IBC | Aporte | Cotizo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL ARQING ( 5 Afiliados) | | | | | $10,943,311 | $1,751,100 | | | $12,256,489 | $490,400 | | | $12,694,216 | $508,000 | | | $14,007,394 | $573,400 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 5 Afiliados) | | | | | $10,943,311 | $1,751,100 | | | $12,256,489 | $490,400 | | | $12,694,216 | $508,000 | | | $14,007,394 | $573,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 5 Afiliados) | | | | | $10,943,311 | $1,751,100 | | | $12,256,489 | $490,400 | | | $12,694,216 | $508,000 | | | $14,007,394 | $573,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1020734136 | BOTON GOMEZ CARLOS MAURICIO | 23-14 | 30 | $4,665,939 | $746,300 | EPS005 | 30 | $4,665,939 | $186,600 | COTIZ | 30 | $4,665,939 | $186,600 | 14-11 | 30 | $4,665,939 | $24,400 | 30 | $0 | $0 |
| 2 | CC | 79482615 | HERNANDEZ JOSE JAVIER | | 0 | $0 | $0 | EPS017 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | COTIZ | 30 | $1,750,905 | $70,100 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | $9,200 | 30 | $0 | $0 |
| 3 | CC | 51554074 | PARDO TRIANA NIDIA YOLANDA | 23-14 | 30 | $3,491,645 | $558,700 | EPS005 | 30 | $3,491,645 | $139,700 | COTIZ | 30 | $3,491,645 | $139,700 | 14-11 | 30 | $3,491,645 | $18,300 | 30 | $0 | $0 |
| 4 | CC | 52365191 | MORALES PAEZ SANDRA MILEYA | 23-14 | 5 | $457,727 | $70,100 | | 0 | $0 | $0 | COTIZ | 5 | $457,727 | $17,600 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | $9,200 | 5 | $0 | $0 |
| 5 | CC | 1015409566 | TORRES GONZALEZ JULLY ENDITH | ZS1001 | 30 | $2,350,000 | $376,000 | EPS005 | 30 | $2,350,000 | $94,000 | COTIZ | 30 | $2,350,000 | $94,000 | 14-11 | 30 | $2,350,000 | $12,300 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados(5)** | | | | $10,943,311 | $1,751,100 | | | $12,256,489 | $490,400 | | | $12,694,216 | $508,000 | | | $14,007,394 | $573,400 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 4 | $1,751,100 | $1,200 | $0 | $1,752,300 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $376,000 | $300 | $0 | $376,300 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 3 | $1,375,100 | $900 | $0 | $1,376,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 5 | $73,400 | $100 | $0 | $73,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 5 | $73,400 | $100 | $0 | $73,500 |
| CCF(ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 5 | $508,000 | $400 | $0 | $508,400 |
| COMFENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 5 | $508,000 | $400 | $0 | $508,400 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 2) | | | | 4 | $490,400 | $400 | $0 | $490,800 |
| COMFENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 3 | $420,300 | $300 | $0 | $420,600 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 1 | $70,100 | $100 | $0 | $70,200 |
| **TOTAL** | | | | **5** | **$2,822,900** | **$2,100** | **$0** | **$2,825,000** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Telefono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 900003670 | 6 | PROYECTOS DE INGENIERIA PBS S.A.S | B - MENOS DE200 COTIZANTES | PRINCIPAL PBS | CARRERA 15A No. 124-60 OF 102 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3106560 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-01 | 2026-02 | 60557688 | 94496994 6 | E | 2026/02/17 | 2026/02/13 | BANCO CAJA SOCIAL | 0 | $3,270,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL PBS (6 Afiliados) | | | | | | $11,173,721 | $1,788,100 | | | $11,173,721 | $447,200 | | | $10,999,104 | $440,100 | | | $11,173,721 | $594,600 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVOS ( 1 Afiliados) | | | | | | $2,847,000 | $455,600 | | | $2,847,000 | $113,900 | | | $2,847,000 | $113,900 | | | $2,847,000 | $14,900 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E ( 1 Afiliados) | | | | | | $2,847,000 | $455,600 | | | $2,847,000 | $113,900 | | | $2,847,000 | $113,900 | | | $2,847,000 | $14,900 | | $0 | $0 |
| 1 | CC | 1020787599 | DIAZ CONSUEGRA LUIS FELIPE | 23-14 | 30 | $2,847,000 | $455,600 | EPS001 | 30 | $2,847,000 | $113,900 | COMFE | 30 | $2,847,000 | $113,900 | 14-15 | 30 | $2,847,000 | $14,900 | 30 | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: RIESGOS ( 5 Afiliados) | | | | | | $8,326,721 | $1,332,500 | | | $8,326,721 | $333,300 | | | $8,152,104 | $326,200 | | | $8,326,721 | $579,700 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E ( 5 Afiliados) | | | | | | $8,326,721 | $1,332,500 | | | $8,326,721 | $333,300 | | | $8,152,104 | $326,200 | | | $8,326,721 | $579,700 | | $0 | $0 |
| 2 | CC | 1030801 | NAVARRO CERA CALIXTO OSWAR | 23001 | 30 | $5,000,000 | $800,000 | EPS005 | 30 | $5,000,000 | $200,000 | COMFE | 30 | $5,000,000 | $200,000 | 14-15 | 30 | $5,000,000 | $348,000 | 30 | $0 | $0 |
| 3 | CC | 1031555549 | OVALORA RODRIGUEZ JEFFERSON SNEYDER | 23001 | 9 | $635,161 | $84,100 | EPS037 | 9 | $635,161 | $31,100 | COMFE | 9 | $601,080 | $27,100 | 14-15 | 9 | $635,161 | $36,600 | 9 | $0 | $0 |
| 4 | CC | 5135401 | PARDO TRIANA NIDIA YOLANDA | 23-14 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS005 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | COMFE | 30 | $1,750,905 | $70,100 | 14-15 | 30 | $1,750,905 | $121,900 | 30 | $0 | $0 |
| 5 | CC | 5197551 | RENTERIA SIERRA LEIDY JOHANNA | 23001 | 11 | $641,999 | $102,200 | EPS001 | 11 | $641,999 | $25,700 | COMFE | 11 | $641,999 | $25,700 | 14-15 | 11 | $641,999 | $44,700 | 11 | $0 | $0 |
| 6 | CC | 1035620 | RODRIGUEZ FONSECA JUAN PABLO | 23001 | 7 | $408,545 | $65,400 | EPS005 | 7 | $408,545 | $16,400 | COMFE | 7 | $353,150 | $15,200 | 14-15 | 7 | $408,545 | $28,500 | 7 | $0 | $0 |
| **Total** | | **Afiliados( 6)** | | | | $11,173,721 | $1,788,100 | | | $11,173,721 | $447,200 | | | $10,999,104 | $440,100 | | | $11,173,721 | $594,600 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 6 | $1,788,100 | $0 | $0 | $1,788,100 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $65,400 | $0 | $0 | $65,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 2 | $735,800 | $0 | $0 | $735,800 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 2 | $186,900 | $0 | $0 | $186,900 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $800,000 | $0 | $0 | $800,000 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 6 | $594,600 | $0 | $0 | $594,600 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 6 | $594,600 | $0 | $0 | $594,600 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 6 | $440,100 | $0 | $0 | $440,100 |
| COLSUBSIDIO | CCF22 | 860,007,336 | 1 | 6 | $440,100 | $0 | $0 | $440,100 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 5) | | | | 6 | $447,200 | $0 | $0 | $447,200 |
| ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA) | EPS001 | 830,113,831 | 0 | 1 | $113,900 | $0 | $0 | $113,900 |
| COMPENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 2 | $270,100 | $0 | $0 | $270,100 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $21,100 | $0 | $0 | $21,100 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $25,700 | $0 | $0 | $25,700 |
| SANITAS | EPS005 | 800,251,440 | 6 | 1 | $16,400 | $0 | $0 | $16,400 |
| **TOTAL** | | | | **6** | **$3,270,000** | **$0** | **$0** | **$3,270,000** |

aportes en línea

# Planilla Resumen

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 900202876 | 7 | GRUPO UNELCA SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | COMPENSAR | Av cra 9 No. 116 60 Of 704 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 2155330 | SI |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-01 | 2026-02 | 73901993 | 9499871304 | E | 2026/02/18 | 2026/02/18 | BANCOLOMBIA | 0 | $6,101,600 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | Ing | Ret | Tde | Tae | Tdp | Tap | Vsp | Cor | Vst | Sln | Ige | Lma | Vac | Avp | Vct | Irl | Vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Tarifa | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: COMPENSAR (10 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$20,226,878** | **$3,237,900** | | | **$20,226,878** | **$790,900** | | | **$19,814,021** | **$776,700** | | | **$20,226,878** | | **$1,296,900** | | **$0** | **$0** | | **$6,101,600** |
| **Centro de Trabajo: 2-436 (2 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$992,180** | **$158,900** | | | **$992,180** | **$39,800** | | | **$966,705** | **$38,700** | | | **$992,180** | | **$24,200** | | **$0** | **$0** | | **$261,600** |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (2 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$992,180** | **$158,900** | | | **$992,180** | **$39,800** | | | **$966,705** | **$38,700** | | | **$992,180** | | **$24,200** | | **$0** | **$0** | | **$261,600** |
| 1 | CC | 1010052138 | CASTELLANOS JUAN | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 | 9 | $525,272 | $84,100 | EPS010 | 9 | $525,272 | $21,100 | COF24 | 9 | $511,785 | $20,500 | 14-23 | 9 | $525,272 | 2.436% | $12,800 | 9 | $0 | $0 | SI | $138,500 |
| 2 | CC | 79925267 | NUÑEZ JOHN | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 8 | $466,908 | $74,800 | EPS010 | 8 | $466,908 | $18,700 | COF24 | 8 | $454,920 | $18,200 | 14-23 | 8 | $466,908 | 2.436% | $11,400 | 8 | $0 | $0 | SI | $123,100 |
| **Centro de Trabajo: OBRA (8 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$19,234,698** | **$3,078,200** | | | **$19,234,698** | **$751,100** | | | **$18,847,316** | **$738,000** | | | **$19,234,698** | | **$1,272,700** | | **$0** | **$0** | | **$5,840,000** |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **$19,234,698** | **$3,078,200** | | | **$19,234,698** | **$751,100** | | | **$18,847,316** | **$738,000** | | | **$19,234,698** | | **$1,272,700** | | **$0** | **$0** | | **$5,840,000** |
| 3 | PT | 5221507 | AGREDA NEBELICE | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 | 30 | $1,765,656 | $282,600 | EPS017 | 30 | $1,765,656 | $70,700 | COF24 | 30 | $1,765,656 | $70,700 | 14-23 | 30 | $1,765,656 | 6.960% | $122,900 | 30 | $0 | $0 | SI | $546,900 |
| 4 | CC | 12196186 | ANACONA JAIRO | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 25-14 | 22 | $1,283,997 | $205,500 | EPS017 | 22 | $1,283,997 | $51,400 | COF24 | 22 | $1,283,997 | $51,400 | 14-23 | 22 | $1,283,997 | 6.960% | $89,400 | 22 | $0 | $0 | SI | $397,700 |
| 5 | CC | 12196186 | ANACONA JAIRO | | | | | | | | | | X | | | | | | | | 25-14 | 8 | $466,908 | $74,800 | EPS017 | 8 | $466,908 | $0 | COF24 | 8 | $406,931 | $0 | 14-23 | 8 | $466,908 | 0.000% | $0 | 8 | $0 | $0 | SI | $74,800 |
| 6 | CC | 1066618224 | BAÑOS DIDIER | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS037 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | COF24 | 30 | $1,423,900 | $57,000 | 14-23 | 30 | $1,750,905 | 6.960% | $121,900 | 30 | $0 | $0 | SI | $529,200 |
| 7 | CC | 80367679 | BOGOTA HENRY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23020 | 30 | $2,231,369 | $357,100 | EPS010 | 30 | $2,231,369 | $89,300 | COF24 | 30 | $2,231,369 | $89,300 | 14-23 | 30 | $2,231,369 | 6.960% | $155,400 | 30 | $0 | $0 | SI | $691,100 |
| 8 | CC | 16075219 | CORTES RUBEN | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 | 25 | $2,432,074 | $389,200 | EPS010 | 25 | $2,432,074 | $97,300 | COF24 | 25 | $2,432,074 | $97,300 | 14-23 | 25 | $2,432,074 | 6.960% | $169,300 | 25 | $0 | $0 | SI | $753,100 |
| 9 | CC | 16075219 | CORTES RUBEN | | | | | | | | | | | | | | X | | | | 23030 | 5 | $486,415 | $77,900 | EPS010 | 5 | $486,415 | $19,500 | COF24 | 5 | $486,415 | $19,500 | 14-23 | 5 | $486,415 | 0.000% | $0 | 5 | $0 | $0 | SI | $116,900 |
| 10 | CC | 79959286 | OROZCO ANTONIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $5,000,000 | $800,000 | EPS037 | 30 | $5,000,000 | $200,000 | COF24 | 30 | $5,000,000 | $200,000 | 14-23 | 30 | $5,000,000 | 6.960% | $348,000 | 30 | $0 | $0 | SI | $1,548,000 |
| 11 | CC | 1024465925 | QUILINDO LUIS | | X | | | | | | | | | | | | | | | | 23030 | 23 | $1,916,667 | $306,700 | EPS002 | 23 | $1,916,667 | $76,700 | COF24 | 23 | $1,916,667 | $76,700 | 14-23 | 23 | $1,916,667 | 6.960% | $133,500 | 23 | $0 | $0 | SI | $593,600 |
| 12 | CC | 16007929 | QUINTERO DARIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 23100 | 30 | $1,900,707 | $304,200 | EPS002 | 30 | $1,900,707 | $76,100 | COF24 | 30 | $1,900,707 | $76,100 | 14-23 | 30 | $1,900,707 | 6.960% | $132,300 | 30 | $0 | $0 | SI | $588,700 |
| Total | | | Afiliados( 10) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $20,226,878 | $3,237,900 | | | $20,226,878 | $790,900 | | | $19,814,021 | $776,700 | | | $20,226,878 | | $1,296,900 | | $0 | $0 | | $6,101,600 |

aportes en línea

# Planilla Resumen

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 10 | $3,237,100 | $0 | $0 | $3,237,100 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $304,200 | $0 | $0 | $304,200 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 3 | $1,155,100 | $0 | $0 | $1,155,100 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 3 | $857,900 | $0 | $0 | $857,900 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 3 | $919,900 | $0 | $0 | $919,900 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 10 | $1,296,900 | $0 | $0 | $1,296,900 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 10 | $1,296,900 | $0 | $0 | $1,296,900 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 10 | $776,700 | $0 | $0 | $776,700 |
| COMPENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 10 | $776,700 | $0 | $0 | $776,700 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 4) | | | | 10 | $790,900 | $0 | $0 | $790,900 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 4 | $245,900 | $0 | $0 | $245,900 |
| FAMISANAR | EPS017 | 830,003,564 | 7 | 2 | $270,700 | $0 | $0 | $270,700 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 2 | $121,500 | $0 | $0 | $121,500 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 2 | $152,800 | $0 | $0 | $152,800 |
| TOTAL | | | | 10 | $6,101,600 | $0 | $0 | $6,101,600 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

## SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 14477934

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre ó Razon Social | JAIME EDUARDO CAICEDO OBANDO | | |
| Tipo Identificación | CÉDULA DE CIUDADANÍA | Número de Identificación | 14477934 |
| Ciudad/Municipio | POPAYAN | Departamento | CAUCA |
| Dirección | CENTRO | Teléfono | 9999999 |
| Tipo Empresa | PRIVADA | Actividad Económica | Comercio al por mayor de |
| Tipo Aportante | 02-INDEPENDIENTE | Clase Aportante | I-INDEPENDIENTE |
| Forma Presentación | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número Planilla | **4644609861** | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotización Otros | febrero / 2026 | Periodo Cotización Salud | febrero / 2026 |
| Dias de Mora | 0 | Fecha Pago | 2026/02/27 |
| Número Autorización | 9995856812 | | |

| INFORMACIÓN BÁSICA | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres | JAIME EDUARDO | Apellidos | CAICEDO OBANDO |
| Tipo de Identificación | CC | Número de Identificación | 14477934 |
| Tipo cotizante | INDEPENDIENTE CONTRATO | Subtipo Cotizante | |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior | NO | Extranjero no obligado a cotizar Pension | NO |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) | | | NO |
| Departamento | CAUCA | Municipio | POPAYAN |
| Salario Básico | $ 1.750.905 | Tipo de Salario | |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 09 | | | | | | | | | | | | | | | | |

**APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL**

| PENSIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| Dias | 22 | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
| Tarifa | 16.000 % | IBC | $ 1.283.997 |
| FSP - Solidaridad | $ 0 | Cotización Obligatoria | $ 205.500 |
| Aportes Voluntarios Empleador | $ 0 | FSP - Subsistencia | $ 0 |
| Indicadador tarifa especial | Normal | Aportes Voluntarios Cotizante | $ 0 |
| | | **Total Aporte** | **$ 205.500** |

| SALUD | | | |
|---|---|---|---|
| Dias | 22 | Administradora | EPS018-S.O.S. |
| Tarifa | 12.500 % | IBC | $ 1.283.997 |
| Nro Incapacidad por Ent. General | | Cotización Obligatoria | $ 160.500 |
| Nro Licencia de Maternidad | | Valor | $ 0 |
| Valor ADRES | $ 0 | Valor | $ 0 |
| | | **Total Aporte** | **$ 160.500** |

| RIESGOS PROFESIONALES | | | |
|---|---|---|---|
| Dias | 22 | Administradora | 14-11 - ARL SURA |
| Clase de Riesgo | I | IBC | $ 1.283.997 |
| Centro de Trabajo | 14477934 | Tarifa | 0.522 % |
| | | **Total Aporte** | **$ 6.800** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 372.800** |
|---|---|

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2026-03-02, 11:18:58 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1079755207

**Periodo Cotización** 202602 **Periodo Servicio** 202602

**Cliente:**

## PAGADA 2026-03-02

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | OMAR JOHANNY ARCHILA MENDOZA | | | | |
| **Documento** | CC 7227618 | **Dirección** | CL 53B #19 - 05 APTO 503 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3460633 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 7227618 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | ARCHILA MENDOZA OMAR JOHANNY | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo cotizante | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IRP | AVP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | Días APO | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Trans. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Trans. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | X | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | | | $ 2.000.000 | 230201 | | 16 % | $ 2.000.000 | $ 448.000 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 2.000.000 | $ 350.000 | $ 0 | 1443 | 5 | 6,960 % | $ 2.000.000 | $ 194.900 | CCF21 | 0,6 % | $ 2.000.000 | $ 16.800 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | POSITIVA DE SEGUROS | CAFAM | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 448.000 | $ 0 | $ 0 | $ 350.000 | $ 194.900 | $ 16.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.009.700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402562 - Barranquilla: 605 3618650 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE!

# PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2026-03-02, 11:18:58 AM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1079755207

**Periodo Cotización** 202602 **Periodo Servicio** 202602

**Cliente:**

## PAGADA 2026-03-02

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | OMAR JOHANNY ARCHILA MENDOZA | | | | |
| **Documento** | CC 7227618 | **Dirección** | CL 53B #19 - 05 APTO 503 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3460633 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | BOGOTA D.C. | **Departamento** | BOGOTA D.C. | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 7227618 | | **Residente** | | **Exonerado** | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 57 | 00 | | | | | ARCHILA MENDOZA OMAR JOHANNY | 11001000 - 11 | | BOGOTA D.C. |

### III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

| Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Extranjero | Tipo cotizante | Salario | Pensión | | | | | | Salud | | | | | | Riesgos | | | | | Caja | | | | Parafiscales | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IRP | AVP | VTE | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | Días APO | Días EPS | Días ARP | Días CCF | | | | Código AFP | Código Trans. AFP | Tarifa AFP | IBC | Total Aporte AFP | Total Aporte FSP | Total Aporte FSPS | Código EPS | Código Trans. EPS | Tarifa EPS | IBC EPS | Aporte Salud | Aporte UPC | Código ARL | Clase Riesgo | Tarifa ARL | IBC ARL | Aporte Riesgos | Código CCF | Tarifa CCF | IBC CCF | Aporte Caja | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF |
| | X | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | | | $ 2.000.000 | 230201 | | 16 % | $ 2.000.000 | $ 448.000 | $ 0 | $ 0 | EPS017 | | 12,5 % | $ 2.000.000 | $ 350.000 | $ 0 | 1443 | 5 | 6,960 % | $ 2.000.000 | $ 194.900 | CCF21 | 0,6 % | $ 2.000.000 | $ 16.800 | 0 % | $ 0 | 0 % | $ 0 |

### IV.TOTALES

| Total Aportes Pensión | Total Aportes FSP | Total Aportes FSPS | Total Aportes Salud | Total Aportes Riesgos | Total Aportes Cajas | Total Aportes SENA | Total Aportes ICBF | Total Aportes ESAP | Total Aportes MEN | Total Final |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PROTECCION | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | FAMISANAR EPS | POSITIVA DE SEGUROS | CAFAM | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 448.000 | $ 0 | $ 0 | $ 350.000 | $ 194.900 | $ 16.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 1.009.700 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6436000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402562 - Barranquilla: 605 3618650 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de la SIMPLE!

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

## SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 16498978

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre ó Razón Social | JUAN CARLOS GUERRERO ASPRILLA | | |
| Tipo Identificación | CÉDULA DE CIUDADANÍA | Número de Identificación | 16498978 |
| Ciudad/Municipio | POPAYAN | Departamento | CAUCA |
| Dirección | CENTRO | Teléfono | 9999999 |
| Tipo Empresa | PRIVADA | Actividad Económica | Comercio al por mayor de |
| Tipo Aportante | 02-INDEPENDIENTE | Clase Aportante | I-INDEPENDIENTE |
| Forma Presentación | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número Planilla | **4645276716** | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotización Otros | febrero / 2026 | Periodo Cotización Salud | febrero / 2026 |
| Dias de Mora | 0 | Fecha Pago | 2026/03/03 |
| Número Autorización | 9995924137 | | |

| INFORMACIÓN BÁSICA | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres | JUAN CARLOS | Apellidos | GUERRERO ASPRILLA |
| Tipo de Identificación | CC | Número de Identificación | 16498978 |
| Tipo cotizante | INDEPEND | Subtipo Cotizante | |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior | NO | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : | | | NO |
| Departamento | CAUCA | Municipio | POPAYAN |
| Salario Básico | $ 1.822.400 | Tipo de Salario | |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| **PENSIÓN** | | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
| Dias | 30 | IBC | $ 1.822.400 |
| Tarifa | 16,000 % | Cotización Obligatoria | $ 291.600 |
| FSP - Solidaridad | $ 0 | FSP - Subsistencia | $ 0 |
| Aportes Voluntarios Empleador | $ 0 | Aportes Voluntarios Cotizante | $ 0 |
| Indicadador tarifa especial | Normal | **Total Aporte** | **$ 291.600** |

| **SALUD** | | Administradora | EPS018-S.O.S. |
|---|---|---|---|
| Dias | 30 | IBC | $ 1.822.400 |
| Tarifa | 12,500 % | Cotización Obligatoria | $ 227.800 |
| Nro Incapacidad por Enf. General | | Valor | $ 0 |
| Nro Licencia de Maternidad | | Valor | $ 0 |
| Valor ADRES | $ 0 | **Total Aporte** | **$ 227.800** |

| TOTAL PAGADO: | $ 519.400 |
|---|---|

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

## SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 38472089

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| Nombre o Razón Social | MARLYNG YISELA VALLEJO HURTADO | | |
| Tipo Identificación | CÉDULA DE CIUDADANÍA | Número de Identificación | 38472089 |
| Ciudad/Municipio | BUENAVENTURA | Departamento | VALLE |
| Dirección | BUENAVENTURA | Telefono | 9999999 |
| Tipo Empresa | PRIVADA | Actividad Económica | Comercio al por mayor de |
| Tipo Aportante | 02-INDEPENDIENTE | Clase Aportante | I-INDEPENDIENTE |
| Forma Presentación | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número Planilla | 4644333465 | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotización Otros | febrero / 2026 | Periodo Cotización Salud | febrero / 2026 |
| Dias de Mora | 0 | Fecha Pago | 2026/03/03 |
| Número Autorización | 9995916920 | | |

| INFORMACIÓN BÁSICA | | | |
|---|---|---|---|
| Nombres | MARLYNG YISELA | Apellidos | VALLEJO HURTADO |
| Tipo de Identificación | CC | Número de Identificación | 38472089 |
| Tipo cotizante | INDEPEND | Subtipo Cotizante | |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior | NO | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |
| Departamento | VALLE | Municipio | BUENAVENTURA |
| Salario Básico | $ 1.750.905 | Tipo de Salario | |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL**

| PENSION | | Administradora | 25-14 COLPENSIONES |
|---|---|---|---|
| Dias | 30 | IBC | $ 1.750.905 |
| Tarifa | 16,000 % | Cotización Obligatoria | $ 280.200 |
| FSP - Solidaridad | $ 0 | FSP - Subsistencia | $ 0 |
| Aportes Voluntarios Empleador | $ 0 | Aportes Voluntarios Cotizante | $ 0 |
| Indicadador tarifa especial | Normal | **Total Aporte** | **$ 280.200** |

| SALUD | | Administradora | EPS012-COMFENALCO VALLE |
|---|---|---|---|
| Dias | 30 | IBC | $ 1.750.905 |
| Tarifa | 12,500 % | Cotización Obligatoria | $ 218.900 |
| Nro Incapacidad por Enf. General | | Valor | $ 0 |
| Nro Licencia de Maternidad | | Valor | $ 0 |
| Valor ADRES | $ 0 | **Total Aporte** | **$ 218.900** |

| TOTAL PAGADO: | $ 499.100 |
|---|---|

aportes en linea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 66729420 | | ANGULO LANDAZURI JASMIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 19 CALLE 1 1B-49 | BUENAVENTURA-VALLE | 3226544293 | no |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-02 | 2026-02 | 93012939 | 9500845380 | I | 2026/03/05 | 2026/03/04 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $513,000 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $288,000 | $0 | $0 | $288,000 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 1 | $288,000 | $0 | $0 | $288,000 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $225,000 | $0 | $0 | $225,000 |
| COOSALUD MOVILIDAD | ESSC24 | 900,226,715 | 3 | 1 | $225,000 | $0 | $0 | $225,000 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$513,000** | **$0** | **$0** | **$513,000** |

Powered by CamScanner

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 66739420 | | ANGULO LANDAZURI JASMIN | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 19 CALLE 1 1B-49 | BUENAVENTURA-VALLE | 3226544292 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-02 | 2026-02 | 93012939 | 9500849380 | I | 2026/03/05 | 2026/03/04 | BANCO DE OCCIDENTE | 0 | $513,000 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | |
| **Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $225,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 | |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)** | | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $225,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 | |
| Ciudad: BUENAVENTURA Depto: VALLE ( 1 Afiliados) | | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $225,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 | |
| 1 | CC | 66739420 | ANGULO JASMIN | 230301 | 30 | $1,800,000 | $288,000 | ESSC24 | 30 | $1,800,000 | $225,000 | | 0 | $0 | $0 | | 0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | $1,800,000 | $288,000 | | | $1,800,000 | $225,000 | | | $0 | $0 | | | $0 | $0 | | $0 | $0 |

Powered by CamScanner

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **METRIC IOC**, identificada con **NI** número **900465129**, aportó por **IVAN FERNANDO VERGARA GONZALEZ** identificado(a) con **CC** número **74379160** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 12 - 2025 y 03 - 2026 de la siguiente forma.

| Código | Nombre Administradora | Días | | | | | | | | | | | | | | | IBC | Tarifa | Cotización | | | | | | Periodo | Fecha Pago | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja de Compensación Fliar | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.04000 | $70,100 | $0 | $0 | Enero - 2026 | 84398108 | 06/03/2026 | S |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensación Fliar | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.04000 | $57,000 | $0 | $0 | Diciembre - 2025 | 84397327 | 06/03/2026 | S |
| CCF24 | Compensar Caja de Compensación Fliar | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.04000 | $70,100 | $0 | $0 | Febrero - 2026 | 84398692 | 06/03/2026 | S |
| 230301 | Porvenir | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.16000 | $280,200 | $0 | $0 | Enero - 2026 | 84398108 | 06/03/2026 | S |
| 230301 | Porvenir | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.16000 | $227,800 | $0 | $0 | Diciembre - 2025 | 84397327 | 06/03/2026 | S |
| 230301 | Porvenir | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.16000 | $280,200 | $0 | $0 | Febrero - 2026 | 84398692 | 06/03/2026 | S |
| 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.06960 | $121,900 | $0 | $0 | Enero - 2026 | 84398108 | 06/03/2026 | S |
| 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.06960 | $99,100 | $0 | $0 | Diciembre - 2025 | 84397327 | 06/03/2026 | S |
| 14-23 | POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.06960 | $121,900 | $0 | $0 | Febrero - 2026 | 84398692 | 06/03/2026 | S |
| EPS005 | Sanitas EPS | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.04000 | $70,100 | $0 | $0 | Febrero - 2026 | 84398108 | 06/03/2026 | S |
| EPS005 | Sanitas EPS | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,423,500 | 0.04000 | $57,000 | $0 | $0 | Enero - 2026 | 84397327 | 06/03/2026 | S |
| EPS005 | Sanitas EPS | 1 | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $1,750,905 | 0.04000 | $70,100 | $0 | $0 | Marzo - 2026 | 84398692 | 06/03/2026 | S |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 6 días del mes Marzo de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Custodio de Información

aportes en línea

# Resumen General de Pago

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Telefono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NIT 901794177 | 1 | FERROCONSTRUCCIONES ROSAS SAS | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | PRINCIPAL | CL 113 27 142 | CALI-VALLE | 3218723366 | SI |

## DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-02 | 2026-03 | 1314297411 | 95013160715 | E | 2026/03/18 | 2026/03/11 | BANCOLOMBIA | 0 | $2,332,700 |

## LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

| EMPLEADO | | | | | PENSION | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombres | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| Sucursal: PRINCIPAL (9 Afiliados) | | | | | $7,528,895 | $1,205,100 | | | $7,528,895 | $301,600 | | | $7,528,894 | $301,600 | | | $7,528,895 | $524,400 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 0 ( 9 Afiliados) | | | | | $7,528,895 | $1,205,100 | | | $7,528,895 | $301,600 | | | $7,528,894 | $301,600 | | | $7,528,895 | $524,400 | | $0 | $0 |
| Ciudad: CALI Depto: VALLE ( 9 Afiliados) | | | | | $7,528,895 | $1,205,100 | | | $7,528,895 | $301,600 | | | $7,528,894 | $301,600 | | | $7,528,895 | $524,400 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 1113510691 | ARBOLEDA KEVIN | ISOS01 | 1 | $116,727 | $18,700 | EPS037 | 1 | $116,727 | $4,700 | COF01 | 1 | $116,727 | $4,700 | 14-11 | 1 | $116,727 | $18,200 | 1 | $0 | $0 |
| 2 | CC 1143980376 | AVINO DE JESUS | ISOS01 | 19 | $1,108,907 | $177,500 | EPS037 | 19 | $1,108,907 | $44,400 | COF01 | 19 | $1,108,907 | $44,400 | 14-11 | 19 | $1,108,907 | $172,900 | 19 | $0 | $0 |
| 3 | CC 1694722[illegible] | OSORIO MIGUEL | ISOS01 | 1 | $116,727 | $18,700 | ESS062 | 1 | $116,727 | $4,700 | COF01 | 1 | $116,727 | $4,700 | 14-11 | 1 | $116,727 | $18,200 | 1 | $0 | $0 |
| 4 | CC 1002795017 | OSWAL DANIEL | ISOS01 | 19 | $1,108,907 | $177,500 | EPS[illegible]5 | 19 | $1,108,907 | $44,400 | COF01 | 19 | $1,108,907 | $44,400 | 14-11 | 19 | $1,108,907 | $172,900 | 19 | $0 | $0 |
| 5 | CC 1006129573 | RENTERIA OLIVER | ISOS01 | 15 | $875,455 | $140,100 | EPS040 | 15 | $875,455 | $35,100 | COF01 | 15 | $875,455 | $35,100 | 14-11 | 15 | $875,455 | $61,000 | 15 | $0 | $0 |
| 6 | CC 1130407641 | ROSAS CARLOS | ISOS01 | 19 | $1,108,907 | $177,500 | ESS062 | 19 | $1,108,907 | $44,400 | COF01 | 19 | $1,108,907 | $44,400 | 14-11 | 19 | $1,108,907 | $172,900 | 19 | $0 | $0 |
| 7 | CC 1031596644 | ROSAS WILTON | ISOS01 | 19 | $1,108,907 | $177,500 | ESS062 | 19 | $1,108,907 | $44,400 | COF01 | 19 | $1,108,907 | $44,400 | 14-11 | 19 | $1,108,907 | $172,900 | 19 | $0 | $0 |
| 8 | CC 1193075615 | SALAZAR JOSE | ISOS01 | 19 | $1,108,907 | $177,500 | ESS062 | 19 | $1,108,907 | $44,400 | COF01 | 19 | $1,108,907 | $44,400 | 14-11 | 19 | $1,108,907 | $172,900 | 19 | $0 | $0 |
| 9 | CC 61[illegible]615 | VALENCIA ELIECER | ISOS01 | 15 | $875,455 | $140,100 | ESS062 | 15 | $875,455 | $35,100 | COF01 | 15 | $875,455 | $35,100 | 14-11 | 15 | $875,455 | $61,000 | 15 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 9)** | | | | $7,528,895 | $1,205,100 | | | $7,528,895 | $301,600 | | | $7,528,894 | $301,600 | | | $7,528,895 | $524,400 | | $0 | $0 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 3) | | | | 9 | $1,205,100 | $0 | $0 | $1,205,100 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $18,700 | $0 | $0 | $18,700 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 7 | $1,008,900 | $0 | $0 | $1,008,900 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $177,500 | $0 | $0 | $177,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 9 | $524,400 | $0 | $0 | $524,400 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 9 | $524,400 | $0 | $0 | $524,400 |
| CCF(ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 9 | $301,600 | $0 | $0 | $301,600 |
| COMFANDI | CCF57 | 890,303,208 | 5 | 9 | $301,600 | $0 | $0 | $301,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 5) | | | | 9 | $301,600 | $0 | $0 | $301,600 |
| A.I.C. | EPSIC3 | 817,001,773 | 3 | 1 | $44,400 | $0 | $0 | $44,400 |
| ASMET SALUD EPS SAS | ESSC62 | 900,935,126 | 7 | 2 | $49,100 | $0 | $0 | $49,100 |
| COOSALUD EPS | EPS042 | 900,226,715 | 3 | 1 | $35,100 | $0 | $0 | $35,100 |
| EMSSANAR | ESSC18 | 901,021,565 | 8 | 3 | $123,900 | $0 | $0 | $123,900 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 2 | $49,100 | $0 | $0 | $49,100 |
| **TOTAL** | | | | **9** | **$2,332,700** | **$0** | **$0** | **$2,332,700** |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Telefono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 19055241 | | PALACIOS RUBIANO GUSTAVO | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CARRERA 15A No. 124-60 OF 102 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 3106560 | SI |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2026-02 | 2026-02 | 1337179 | 95002161117 | I | 2026/03/10 | 2026/03/11 | BANCO CAJA SOCIAL | 1 | $444,600 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Cotiza | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 19055241 | PALACIOS RUBIANO GUSTAVO | | 0 | $0 | $0 | EPS005 | 30 | $2,069,000 | $258,700 | CCF14 | 30 | $2,069,000 | $41,400 | 14-15 | 30 | $2,069,000 | $144,100 | 30 | $0 | $0 |
| **Total** | | | **Afiliados( 1)** | | | 30 | 30 | | | $2,069,000 | $258,700 | | | $2,069,000 | $41,400 | | | $2,069,000 | $144,100 | | 30 | 30 |

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $144,100 | $100 | $0 | $144,200 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $144,100 | $100 | $0 | $144,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $41,400 | $100 | $0 | $41,500 |
| COMFENSAR | CCF24 | 860,066,942 | 7 | 1 | $41,400 | $100 | $0 | $41,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $258,700 | $200 | $0 | $258,900 |
| COMFENSAR | EPS008 | 860,066,942 | 7 | 1 | $258,700 | $200 | $0 | $258,900 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$444,200** | **$400** | **$0** | **$444,600** |

compensar | miplanilla.com

**CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **CALIDAD Y GESTION EN TALENTO HUMANO SAS**, identificada con **NI** número **901267871**, aportó por **MOISES CARABALI CUENU** identificado(a) con **CC** número **16489599** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 02 - 2026 y 03 - 2026 de la siguiente forma.

| Código | Nombre o Razón Social | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días Cotizados | Salario Básico | IBC | Cotización Obligatoria | Valor Aporte Voluntario Afiliado | Valor Aporte Voluntario Aportante | Total Cotización | Periodo Pensión | Fecha de Pago | Días Mora |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 1 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 15 | $875,453 | 0.09680 | $81,000 | $0 | $0 | Febrero - 2026 | 05/03/2026 | 11/03/2026 | 0 |
| CCF55 | Comfenalco Valle Caja de Compensacion Filial | 1 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 15 | $875,453 | 0.04000 | $35,100 | $0 | $0 | Febrero - 2026 | 05/03/2026 | 11/03/2026 | 0 |
| ESS024 | EPS-S Coosalud | 1 | X | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 15 | $875,453 | 0.04000 | $35,100 | $0 | $0 | Marzo - 2026 | 05/03/2026 | 11/03/2026 | 0 |

PAGADA

El presente certificado se expide a los 17 días del mes Marzo de 2026

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[ ] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Jaime Eduardo Laicedo Obando FECHA: 11-02-2026

CARGO: Cadenero CONTRATISTA Consorcio FP.

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 0.5

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: NO CONSUMIRLA 1

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el Ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)

RTA: EXAMENES MEDICOS 1
ARL
EPS
AFP

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |




1 2 3 4

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

**7.** Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

|  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

**8.** Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

**NOTA:** Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 11-02-26 | Calificacion: 6.5 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | Notificación de Riesgo | Version: 00<br>Enero de 2025<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el camé de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Jaime Coicedo identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 14477934 de Buga

Conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, la cual se firma el día 11 de febrero en la ciudad de Buenaventura

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 14477934

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Jaime Caicedo identificado (o) con C.C 14477934 de Buenaventura quien desempeña el cargo de Cadenero. aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jaime Caicedo Cargo: AUXTOPO Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-018<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo Londoño

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 11-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (indique con una x): Capacitació [X] Charla [ ] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas): 1 hora

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 16'648978 | Juan Carlos Guerrero A | Topografo | |
| 2 | 14477934 | Jai Mi Caicedo Obando | AUX topo | |
| 3 | 72301051 | Galdino Osmar Najera Ca | Ing Residente | |
| 4 | 38472089 | Marlyng Valkyo H | Social. | |
| 5 | 6673942 | Jasmin Angulo | Prof. SST | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

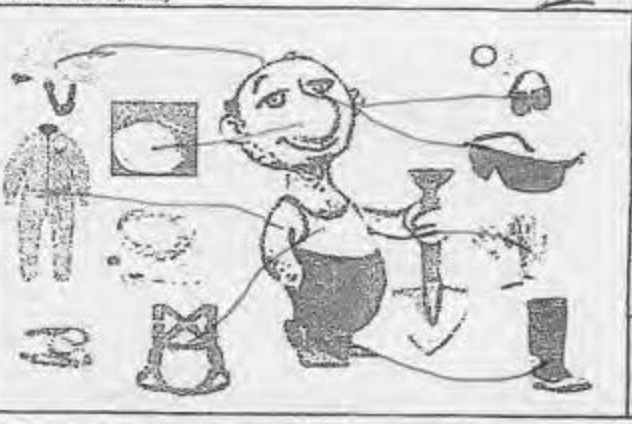
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Jolsmin Arrieta S. FECHA: 11-02-26

CARGO: Profesional SST CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)** 1



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)** 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el área de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)** 1

RTA: Ser responsable frente al tema, y cumplir con ellas.

**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)** 1

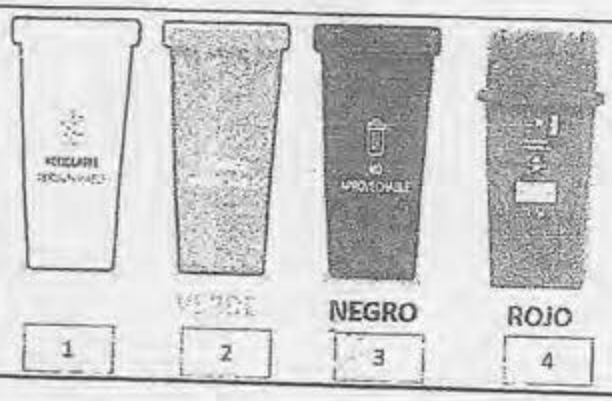
RTA: Examen ingreso
APP
EPS
ARL

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 días | X Inmediatamente |
| Despues de 8 días | Al día siguiente |

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012)**
(Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin cocción como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | ✓ | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | ✓ | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | ✓ | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | ✓ |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | ✓ |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | ✓ | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | ✓ | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | ✓ | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | ✓ |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | ✓ | |

¡EXITOS!

**NOTA:** Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Josmin Argulo | Fecha: 11-02-26 | Calificacion: 8,0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | Notificación de Riesgo | Version: 00<br>Enero de 2025<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, alentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohibe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el camé de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Jasmin Angulo L. identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 66739420 de Bga.

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 11 de febrero en la ciudad de Bga.

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 66739420

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Jasmin Angulo L. identificado (o) con C.C 66739423 de Bucaramanga quien desempeña el cargo de profesional SST aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | X | | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jasmin Angulo Cargo: Profesional SST Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-018<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo Londoño

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 11-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (indique con una x): Capacitació [X] Charla [ ] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas): 1 hora

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 16'648978 | Juan Carlos Guerrero A | Topografo | |
| 2 | 14477934 | Jai Mi Caicedo Obando | AUX topo | |
| 3 | 72301051 | Galdino Osmar Najera Ca | Ing Residente | |
| 4 | 38472089 | Marlyng Valkyo H | Social. | |
| 5 | 6673942 | Jasmin Angulo | Prof. SST | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

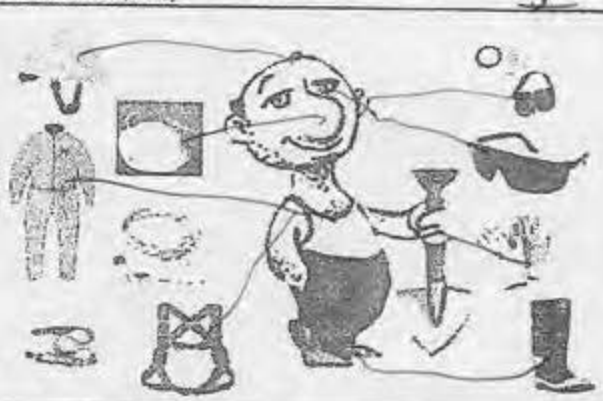
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION
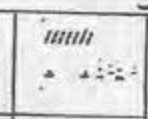
NOMBRE: Harling vallejo FECHA: 11-02-26

CARGO: Profesional social CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)** 1



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)** 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)**

RTA: Cumplirlos y ser 1 responsable frente al tema.

**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)** 1

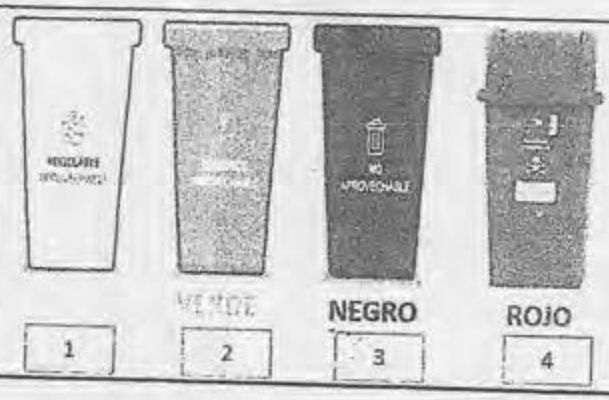
RTA: Examen ingreso
ARP
ARL
EPS

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)** 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias quimicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

**7.** Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquín de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

**8.** Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION 1 | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | ✓ | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | ✓ | |
| 3 | El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | ✓ | |
| 4 | Una accion preventiva es mantenor el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | ✓ |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | ✓ |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | ✓ | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | ✓ | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | ✓ | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | ✓ |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | ✓ | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin angulo | Fecha: 11-02-26 | Calificacion: 8,0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | Notificación de Riesgo | Version: 00<br>Enero de 2025<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

Elementos de protección personal: De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



Riesgos existentes:

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Mariyorg Vallejo Hurtado identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 38472089 de Buenaventura

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 11 de Febrero en la ciudad de Bahía

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 38472089

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Marlung vallejo identificado (o) con C.C 38472089 de Bucaramanga quien desempeña el cargo de profesional social aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MEDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringologia. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatologia en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | | X | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | X | | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | | X | | |
| Control Anual por EPS | X | | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomia en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | X | | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | X | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Marlung Vallejo Cargo: Trabajadora Social Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-018<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo Londoño

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 11-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (indique con una x): Capacitació [X] Charla [ ] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas): 1 hora

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 16'648978 | Juan Carlos Guerrero A | Topografo | |
| 2 | 14477934 | Jai Mi Caicedo Obando | AUX topo | |
| 3 | 72301051 | Galdino Osmar Najera Ca | Ing Residente | |
| 4 | 38472089 | Marlyng Valkyo H | Social. | |
| 5 | 6673942 | Jasmin Angulo | Prof. SST | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Armando P FECHA: 12-03-2020

CARGO: Pilero CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocamos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)** 1



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)** 1



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo X | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud X | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones X | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes X | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo X | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)** 1

RTA:

**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)** 2

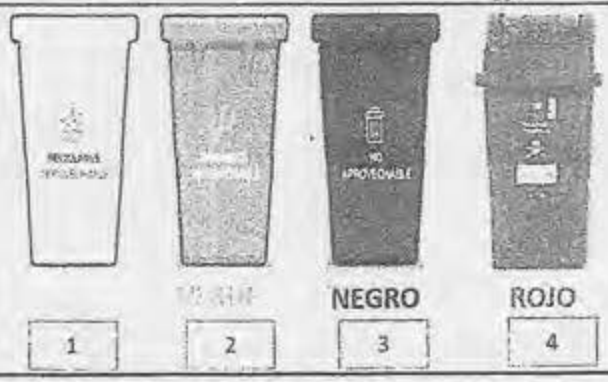
RTA:

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 2

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias X | Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012)** 1
(Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas | | 4 |
| Carrón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. | | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo | | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta | | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

**NOTA:** Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin angulo | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 5.0 | APROBADO: SI X NO [ ] |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

***ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS***

***PARA:*** | ***CONTRATO:*** 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Armando P identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 11799922 de Quid

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de febrero en la ciudad de Bello

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado Armando C.C. 11799922

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Armando P identificado (o) con C.C 11799922 de Bucaramanga quien desempeña el cargo de Piloto aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: ArmandoP Cargo: Piloto Firma: ArmandoP

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

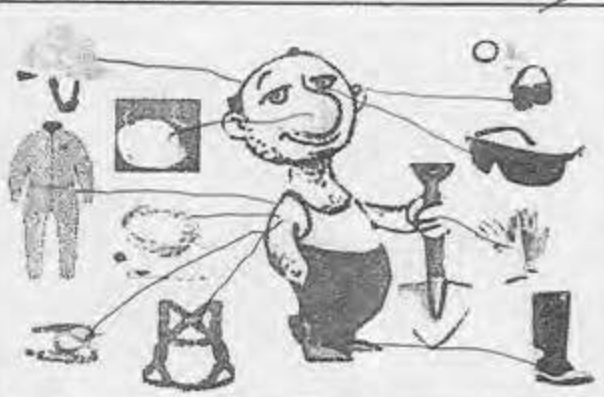
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

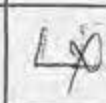
NOMBRE: Bernardo Velasco Gonzalez FECHA: 12-02-2026

CARGO: Herrero CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 1

RTA: Responsabilidad, cuidado.

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto) 0

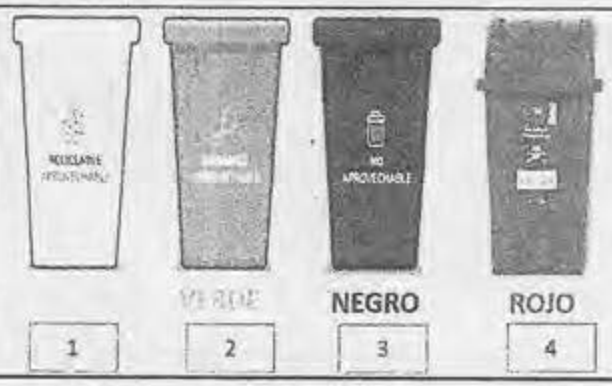
RTA:

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente ↘ |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la canaca donde se deberia depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 05

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 2 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 4 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Boliquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 0.5

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | X | |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | X | |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 6.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo articulo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Bryan Duarte identificado con la Cédula de Ciudadanía No 1062333675 de Santander

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de Febrero en la ciudad de Bga

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1062333675

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:** 12-02-2026

Yo Brayan Velazco identificado (o) con C.C 1062333615 de _____ quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | | | |
| Control Semestral | | | | |
| Valoración por medicina general | | | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Brayan Velazco Cargo: Ayudante Firma: _____

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

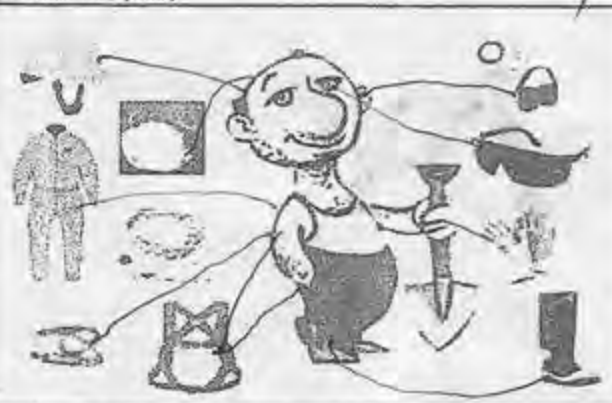
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Carlos Mario Rodriguez FECHA: 12-02-26

CARGO: Pleno CONTRATISTA Ingeniería de calidad.

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 0

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener claro las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 1

RTA: nes Ponsa l'aba

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto) 0.5

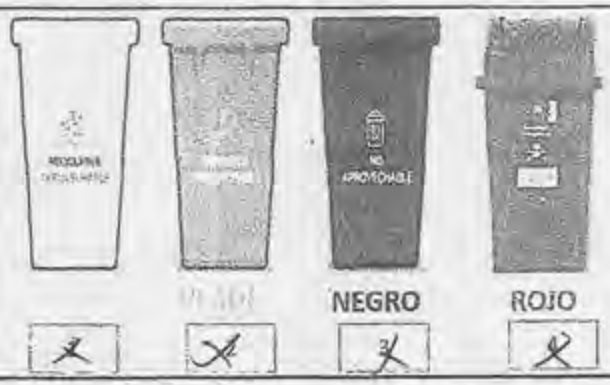
RTA: la cedula

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 0

| | |
|---|---|
| X Despues de 2 dias | Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas 4 |  | |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. 1 |  | |
| Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo 3 |  | |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta 2 |  | |




X X X X

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquín de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 0.5

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | | X |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral comte de EPS, ARL y AFP. | X | - |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el Area de trabajo desordenada para generar accidentes o incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | X | - |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | | X |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | F |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 5:00 | APROBADO: SI X NO [ ] |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el camé de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo articulo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Carlos Mario Rodriguez identificado con la Cédula de Ciudadanía No 1042765534 de yarumal

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de Febrero en la ciudad de Bello.

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C.

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:** 12-02-2026

Yo Carlos Mario Rodriguez identificado (o) con C.C 1017753184 de Yarumal quien desempeña el cargo de piloto aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MEDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | X | | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | X | | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | | X | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | X | | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | X | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | X | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | X | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | X | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | X | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | X | | | |
| | X | | | |
| | X | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | X | | | |
| | X | | | |
| | X | | | |
| | X | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Carlos M.R. Cargo: piloto. Firma: Carlos Rodriguez

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

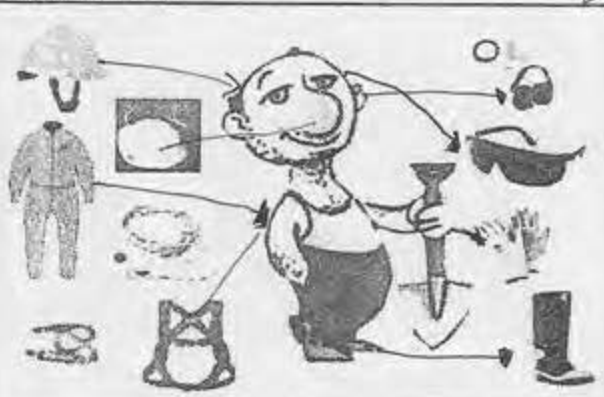
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Pablo Bolaños FECHA: 12-02-2026

CARGO: Afodonto CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: Cumplir las normas

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuanta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

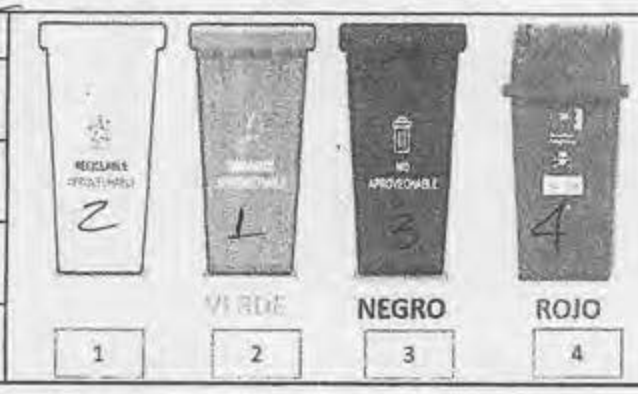
RTA: Cedula.

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  Y |  |  Y |  |  Y |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | X | |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | X | |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 6-5 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:*

*CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo articulo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Carlos Bolaños identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1079734 de Tocaima

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de febrero en la ciudad de Bomanta

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1079734

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:** 12-02-2026

Yo Carlos Bolaños identificado (o) con C.C 10147301 de Popayán quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | X | | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | | X | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | X | | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | | | | |
| Control Anual por EPS | | | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Si** | **No** | **N/A** | **Observaciones** |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Carlos Bolaños Cargo: Ayudante Firma: X

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

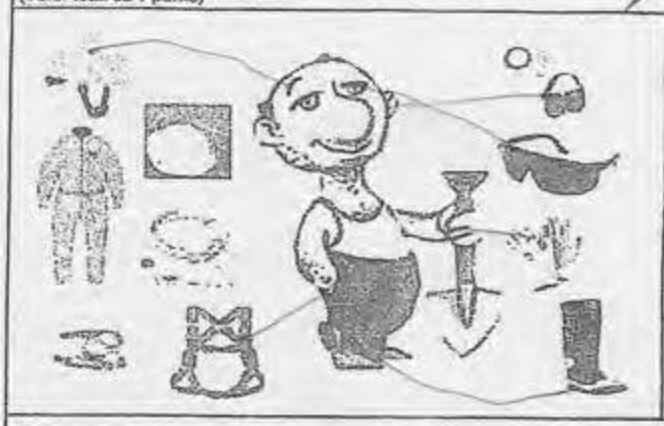
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Carlos Rosos FECHA: 16-02-26

CARGO: contratista CONTRATISTA: _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)** 1



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)** 1



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)** 1

RTA: Ser una Persona respetuosa sobre en el trabajo

**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)** 1

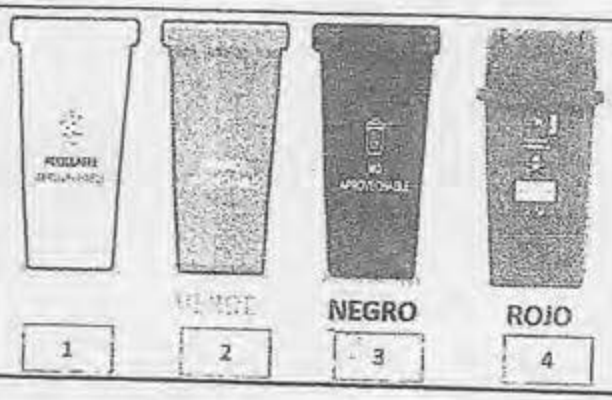
RTA: ARL EPS Pensión certificado medico curso de altura

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 3 dias | Al dia siguiente |

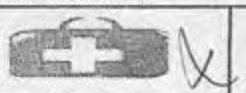
**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012)**
(Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites. Envases de sustancias quimicas peligrosas. |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | V | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | V | |
| 3 | El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | V | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | F |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | F |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | V | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | V | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | V | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | F |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | V | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jadsmins Angulo | Fecha: 16-02-26 | Calificacion: 8.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Carlos Rosas identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1304076[illegible] de Alban

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 16 de febrero en la ciudad de Bogotá

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1304076[illegible]

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Carlos Rosas identificado (o) con C.C 1304076 de Nban quien desempeña el cargo de contratista. aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

| CONCEPTO MÉDICO | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Si** | **No** | **N/A** | **Observaciones** |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Carlos Rosas Cargo: contratista Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 02<br>Fecha: Enero de 2021<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo S.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 16-02-26

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO X

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minutos Inducción

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1143950276 | Alberto matas | oficial | JESUS |
| 2 | 6.172.615 | eliecer valencia | ayudante | Eliecer |
| 3 | 1304076 | Carlos Rosas | contratista | Carlos |
| 4 | 1193078417 | Ilan salazar | oficial | Ilan |
| 5 | 1304076 | | | |
| 6 | 1002953012 | Daniel camilo | ayudante | Daniel |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

☐ INDUCCION ☐ REINDUCCION

NOMBRE: Clerly Calcedo B. FECHA: 18-02-26

CARGO: aux. SISO CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)** 0



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)** 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST X | Señalizar el area de trabajo X | X Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | X Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de X trabajo | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)** 0

RTA: responsabilidad

**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)** 0

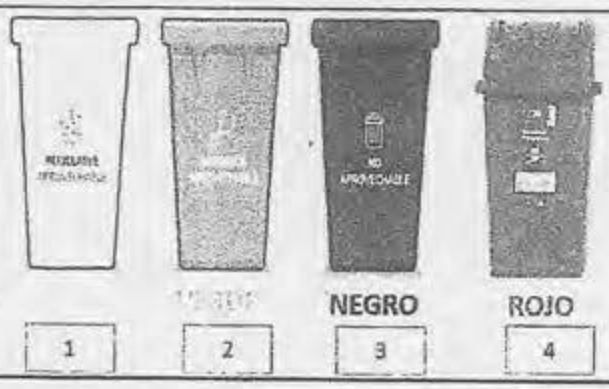
RTA: cedula

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)** 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  | X  |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no alterar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo L. | Fecha: 18-02-26 | Calificacion: 5.5 | APROBADO: SI X NO [ ] |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

Elementos de protección personal: De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



Riesgos existentes:

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- *La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento*
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las *normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia*
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el camé de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Alfredo Calcaño. B identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 2923364 de B/Tura,

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 18 de 02 en la ciudad de B/Tura

VoBo Residente SST-MA

Alfredo E. 2923364
Firma del Notificado C.C.

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Yelly Calderon B. identificado (o) con C.C 2023136 de Bita quien desempeña el cargo de SISO aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | | X | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | X | | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | | X | | |
| Control Anual por EPS | X | | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Yelly C. Cargo: Aux. SISO. Firma: Yelly C.

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
|---|---|
| FECHA (DD/MM/AA): 19-22 Febrero 2026 | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

| MODALIDAD (Indique con una x): | | | | TIPO (Indique con una x): | | | | Duración (Horas): |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitación | | Charla | | Externo | | Reinducción | | 15 minuto |
| Reunión | | OTRO | x | Interno | | Entrenamiento | | Inducción |

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1077452041 | Dailon Noya | Pilero | |
| 2 | 5210115 | Luis Ordoñez | conductor | |
| 3 | 72285748 | OSCar Duran | Ayudante | |
| 4 | 5210395 | Jesús Diaz | Ayudante | Jesus Diaz |
| 5 | 29231364 | Cleidy Joana Quiceno | Seso | |
| 6 | 1093939440 | Guillermo Serna | operador | |
| 7 | 80423092 | Jose Raul Diaz | operador | Jose Diaz |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

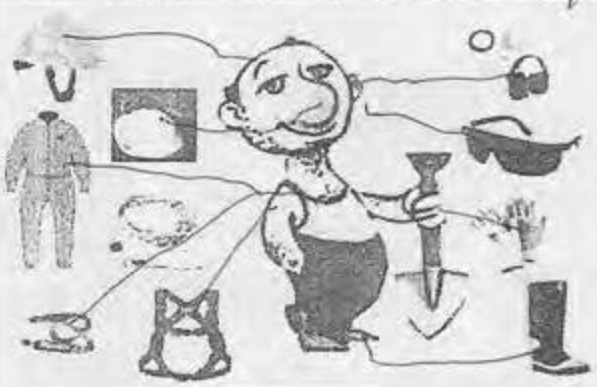
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: JAILON EYNESTO MOYA MENA FECHA: 12-02-2026

CARGO: EXCAVADOR CAISSON CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el área de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 1

RTA: RESPETAR LAS NORMAS

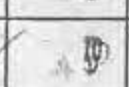
**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto) 0

RTA:

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas 4 |  | |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. 1 |  | |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo 3 |  | |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta 2 |  | |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | V | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | V | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | V | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | V X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | V |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | V | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia | V | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | V | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | V | |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al área SST | V | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 7.00 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo DAILON MOYA identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1077457041 de Quibdo

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de Febrero en la ciudad de Bituro.

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1077457041

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:** 12-02-2026

Yo JAILON MOYA identificado (o) con C.C 1077457041 de QUIBDÓ quien desempeña el cargo de PILOTO aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MEDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | X | | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | | X | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | X | | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | | | | |
| Control Anual por EPS | | | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jailon Moya Cargo: Piloto Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
|---|---|
| FECHA (DD/MM/AA): 19-22 Febrero 2026 | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

| MODALIDAD (Indique con una x): | | | | TIPO (Indique con una x): | | | | Duración (Horas): |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitación | | Charla | | Externo | | Reinducción | | 15 minuto |
| Reunión | | OTRO | x | Interno | | Entrenamiento | | Inducción |

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1077452041 | Dailon Noya | Pilero | |
| 2 | 5210115 | Luis Ordoñez | conductor | |
| 3 | 72285748 | OSCar Duran | Ayudante | |
| 4 | 5210395 | Jesús Diaz | Ayudante | Jesus Diaz |
| 5 | 29231364 | Cleidy Joana Quiceno | Seso | |
| 6 | 1093939440 | Guillermo Serna | operador | |
| 7 | 80423092 | Jose Raul Diaz | operador | Jose Diaz |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

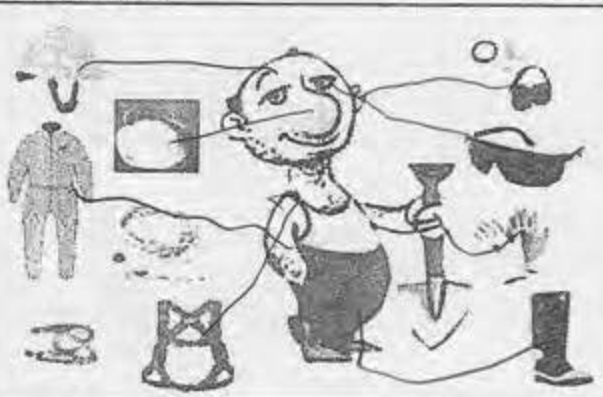
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Dairon Palacio FECHA: 12-02-26

CARGO: Pileno. CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | X Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | X Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | X Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | X Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 1

RTA: RESPONSABILIDAD

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

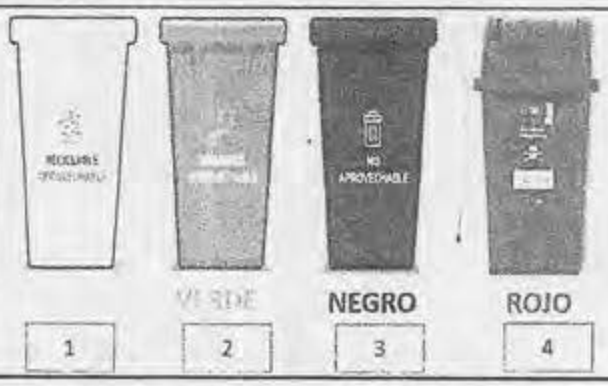
RTA: CEDULA

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

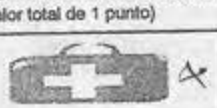
**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 12-02-25 | Calificacion: 7.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- *La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento*
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación. Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo articulo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Dairon Palacio identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1076019713 de

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de febrero en la ciudad de Ibagué

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1076019713

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Dairon Palacio identificado (o) con C.C 1076019713 de _____ quien desempeña el cargo de Pilero aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | X | | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Dairon Palacio Cargo: Pilero Firma: [signature]

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

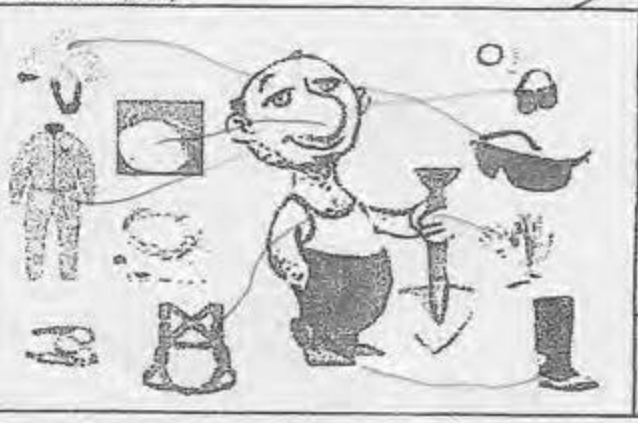
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Danic camilo FECHA: _____

CARGO: ayudante CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)** 1



**2. Señala con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)** 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X | | | | |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
| | X | | | |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)** 1

RTA: Ser una persona responsable en mi trabajo

**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)** 1

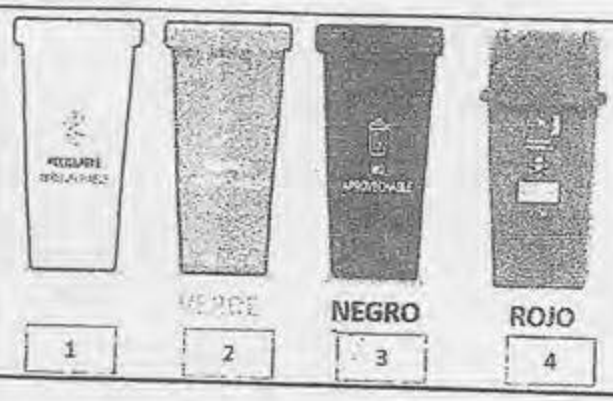
RTA: ARL EPS Pension certificado medico

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la canaca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)** 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin cocción como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  | X  |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | V | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | V | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | V | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | F |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | F |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | V | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia | V | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | V | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | F |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | V | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo. | Fecha: 16-02-26 | Calificacion: 8.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Daniel Camilo identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1002953017 de Riohacha

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 14 de Febrero en la ciudad de Riohacha.

VoBo Residente SST-MA

Daniel

Firma del Notificado C.C. ~~1002953017~~ 1002953017

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Daniel Camilo identificado (o) con C.C 1002953017 de Piendamo quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MEDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | | X | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | X | | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | | X | | |
| Control Anual por EPS | X | | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | X | | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | X | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Daniel Camilo Cargo: Ayudante Firma: Daniel

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 02<br>Fecha: Enero de 2021<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo S.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 16-02-26

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO X

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minutos Inducción

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1143950276 | Alberto matas | oficial | JESUS |
| 2 | 6.172.615 | eliecer valencia | ayudante | Eliecer |
| 3 | 1304076 | Carlos Rosas | contratista | Carlos |
| 4 | 1193078417 | Ilan salazar | oficial | Ilan |
| 5 | 1304076 | | | |
| 6 | 1002953012 | Daniel camilo | ayudante | Daniel |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Darco Alexander ordoñez FECHA: 12-02-26

CARGO: Maestro de obra. CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)** 1



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)** 1



| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)** 1

RTA: Responsabilidad, cumplir con ella.

**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)** 1

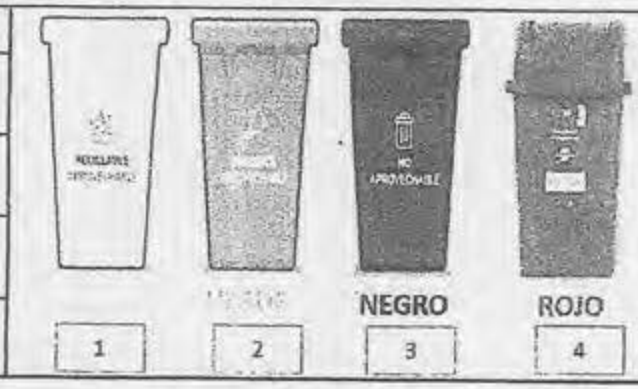
RTA: ARL, EPS, AFP

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la canega donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)** 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias quimicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

|  X |  |  X |  | X  |
|---|---|---|---|---|
| Boliquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no alertar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Argelo L. | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 8.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

Elementos de protección personal: De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



Riesgos existentes:

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Dario Alexander ordoñez identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1081593193 de

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de febrero en la ciudad de Pasto.

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1081593193

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Dario Alexander Ordoñez identificado (o) con C.C 1081593193 de Albania quien desempeña el cargo de Maestro aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | | | |
| Control por EPS por nutricionista | | | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | | | |
| Control Semestral | | | | |
| Valoración por medicina general | | | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Dario A. Ordoñez Cargo: Maestro Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

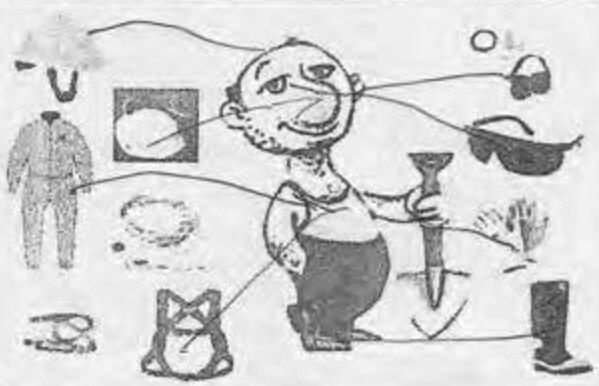
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

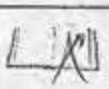
NOMBRE: Elicer Moreno Po FECHA: 12-02-26

CARGO: Pilero CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 0

RTA: No consumir Mientras este laborando

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto) 1

RTA: ~~[illegible]~~ Hoja de vida

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 0

| | |
|---|---|
| X Despues de 2 dias | Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| 4 Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias quimicas peligrosas |  | / |
| 1 Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | |
| 3 Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | |
| 2 Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | |




X X X X

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 12-02-2026 | Calificacion: 6.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Elicer moreno identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1017600 de medellín

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de febrero en la ciudad de Bituima

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1017600150

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:** 12-02-2026

Yo Elicer moreno identificado (o) con C.C 1077[illegible] de Medellín quien desempeña el cargo de Piloto aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico Si | No | N/A | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico Si | No | N/A | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | X | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Elicer moreno Cargo: Piloto Firma: Elicer m

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

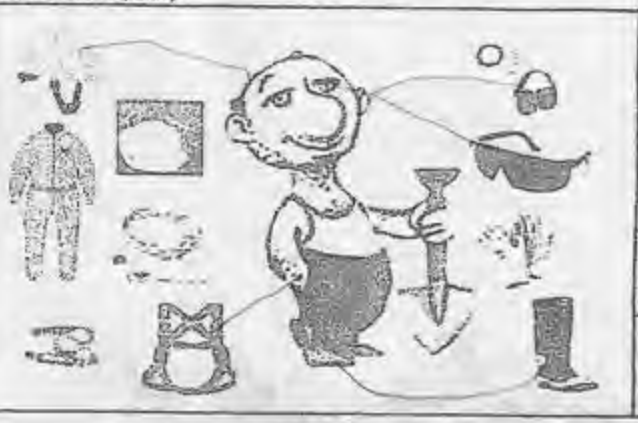
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

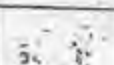
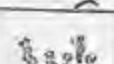
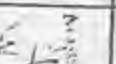
NOMBRE: Eliecer Valencia Parra FECHA: 16-02-26

CARGO: conductor CONTRATISTA _____

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



2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 1

RTA: Ser una Persona Responsable en mi trabajo

4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

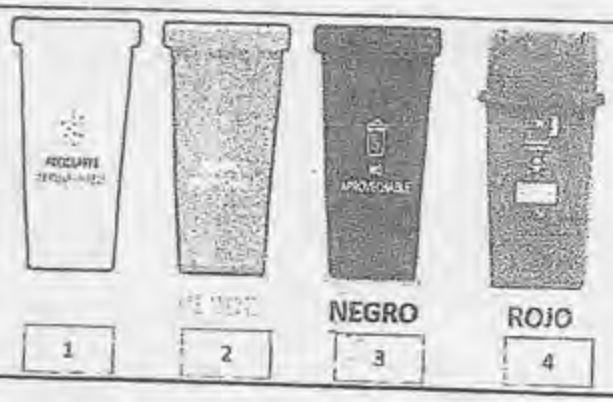
RTA: Tener Todos la documentacion completa

5. De cuanto tiempo dispone para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 3 dias | Al dia siguiente |

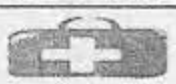
6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas. |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  | X  |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | V | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | V | |
| 3 | El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | V | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | F |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | F |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | V | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia | V | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | V | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | F |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | V | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Josmin Angulo. | Fecha: 16-02-26 | Calificacion: 7.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones médicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Eliecer Valencia identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 6.177615 de Sucre

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 16 de febrero en la ciudad de _____

VoBo Residente SST-MA

Eliecer
Firma del Notificado C.C. 6.177615

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Eliecer Valencia Pava identificado (o) con C.C 6.177.615 de Buenaventura quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

| CONCEPTO MÉDICO | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Eliecer Pava Cargo: Ayudante Firma: ELIECER

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 02<br>Fecha: Enero de 2021<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo S.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 16-02-26

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO X

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minutos Inducción

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1143950276 | Alberto matas | oficial | JESUS |
| 2 | 6.172.615 | eliecer valencia | ayudante | Eliecer |
| 3 | 1304076 | Carlos Rosas | contratista | Carlos |
| 4 | 1193078417 | Ilan salazar | oficial | Ilan |
| 5 | 1304076 | | | |
| 6 | 1002953012 | Daniel camilo | ayudante | Daniel |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

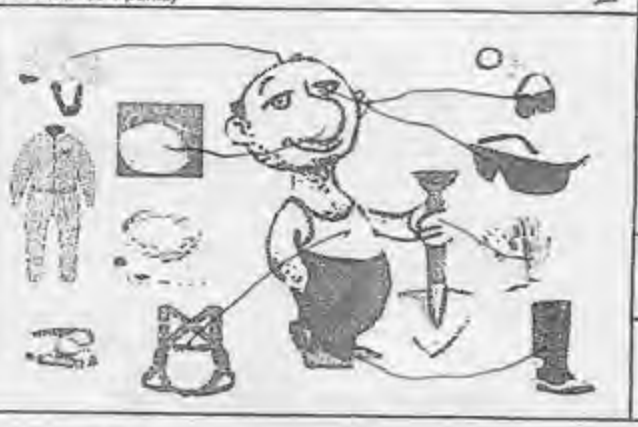
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Cristino Najera FECHA: 11-02-26

CARGO: Ingeniero Residente CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)** 1



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)** 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)** 1

RTA: Ser responsables y cumplirlas

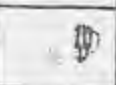
**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)** 1

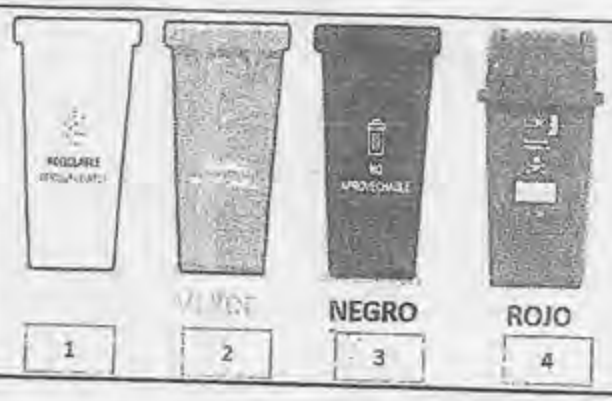
RTA: ARL, AFP, EPS, examen de ingreso

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la canasa donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)** 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

**7.** Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

**8.** Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | ✓ | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | ✓ | |
| 3 | El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | ✓ | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | ✓ |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades laborea | | ✓ |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | ✓ | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | ✓ | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | ✓ | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | ✓ |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | ✓ | |

¡EXITOS!

**NOTA:** Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 11-02-26 | Calificacion: 8.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



Riesgos existentes:

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el camé de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Cristino Napa Cera identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 7230151 de Hda/ATL.

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 11 de febrero en la ciudad de Buenaventura

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 7230151

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Coldmo najera identificado (o) con C.C 72301051 de manati ( quien desempeña el cargo de _____ aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Coldmo Najera Cera Cargo: Rendador Obra Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-018<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo Londoño

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 11-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (indique con una x): Capacitació [X] Charla [ ] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas): 1 hora

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 16'648978 | Juan Carlos Guerrero A | Topografo | |
| 2 | 14477934 | Jai Mi Caicedo Obando | AUX topo | |
| 3 | 72301051 | Galdino Osmar Najera Ca | Ing Residente | |
| 4 | 38472089 | Marlyng Valkyo H | Social. | |
| 5 | 6673942 | Jasmin Angulo | Prof. SST | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Guillermo J Sinuperu FECHA: 12-02-26

CARGO: Operador CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las politicas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 0

RTA: 0

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto) 0

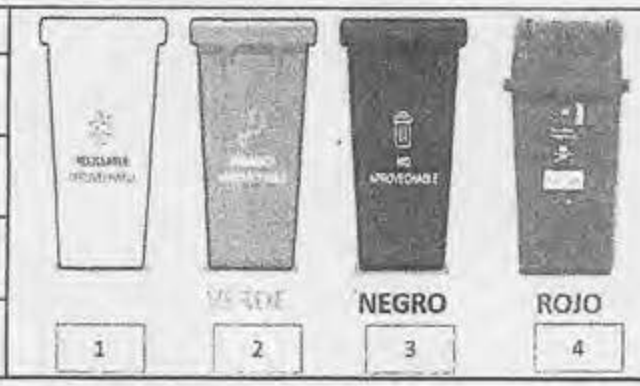
RTA:

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

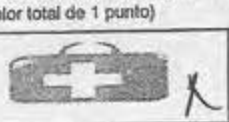
**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | + | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | + | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | + | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | + |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | + |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | + | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | + | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | + | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | + |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | + | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: jasmin angel | Fecha: 22-02-26 | Calificacion: 6.0 | APROBADO: SI X NO [ ] |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Guillermo Simnin identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1097390400 de Ocaña

Conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, la cual se firma el día 22 de febrero en la ciudad de Mm

VoBo Residente SST-MA

Guillermo Simnin
Firma del Notificado C.C. 1097390400

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Guillermo Silva identificado (o) con C.C 1099739820 de Lucerna quien desempeña el cargo de operador aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | + | | |
| Control Optométrico periódico | | + | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | + | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | + | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | + | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | + | | |
| Higiene postural y de columna | | + | | |
| Estilo de vida saludable | + | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | + | | |
| Control por EPS por nutricionista | | + | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | + | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | + | | |
| Control Semestral | | + | | |
| Valoración por medicina general | | + | | |
| Alimentación Sana | + | - | | |
| Control Anual por EPS | | + | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | + | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | + | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | + | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | + | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | + | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | + | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | + | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | + | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Guillermo Cargo: operador Firma: Guillermo

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
|---|---|
| FECHA (DD/MM/AA): 19-22 Febrero 2026 | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

| MODALIDAD (Indique con una x): | | | | TIPO (Indique con una x): | | | | Duración (Horas): |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitación | | Charla | | Externo | | Reinducción | | 15 minuto |
| Reunión | | OTRO | x | Interno | | Entrenamiento | | Inducción |

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1077452041 | Dailon Noya | Pilero | |
| 2 | 5210115 | Luis Ordoñez | conductor | |
| 3 | 72285748 | OSCar Duran | Ayudante | |
| 4 | 5210395 | Jesús Diaz | Ayudante | Jesus Diaz |
| 5 | 29231364 | Cleidy Joana Quiceno | Seso | |
| 6 | 1093939440 | Guillermo Serna | operador | |
| 7 | 80423092 | Jose Raul Diaz | operador | Jose Diaz |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

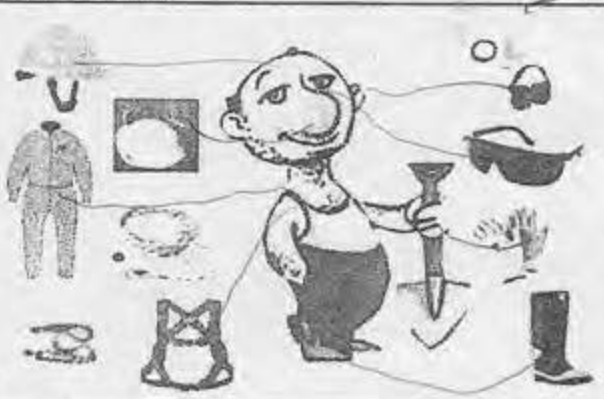
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

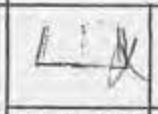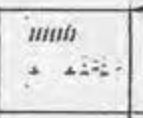
NOMBRE: Jassmeyer Guevara FECHA: 12-02-26

CARGO: Oficial CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: responsabilidad

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto) 1

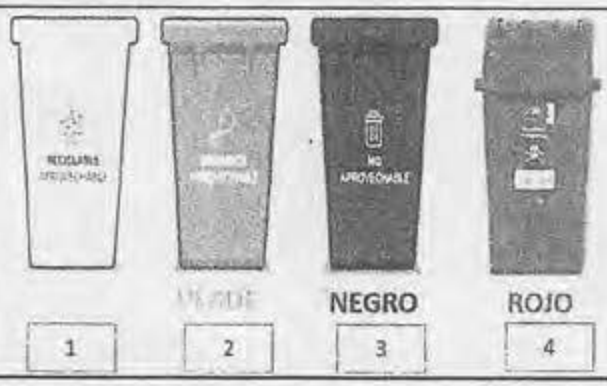
RTA: cedula, ARL - salud pensión

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

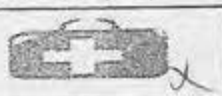
**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin cocción como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no alecter y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo L | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 8.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- *La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento*
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- *Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia*
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Jassmeyer Guevara identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1061600351 de

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de febrero en la ciudad de Bucaramanga

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1061600351

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Jassmayer Guevara identificado (o) con C.C 1061600351 de _____ quien desempeña el cargo de _____ aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometria en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringologia. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jassmayer Guevara Cargo: Operario Firma: Jassmayer

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

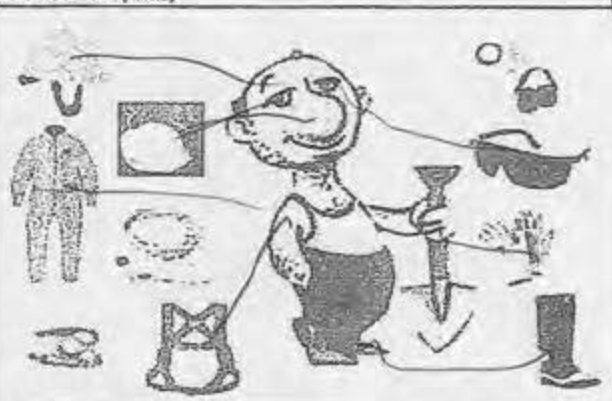
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: JENNIFER PALACIOS- FECHA: 12-02-26

CARGO: Piloto CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)**



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
| | | | | |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)**

RTA: responsabilidad

**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)**

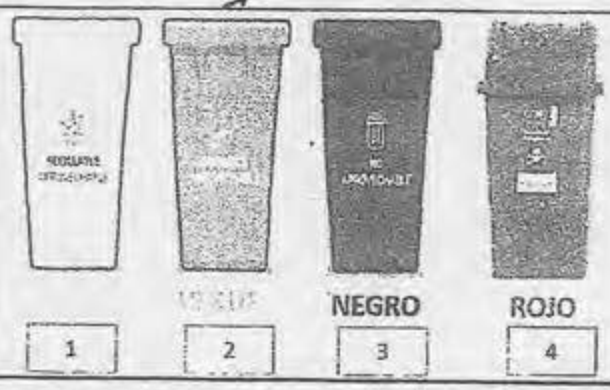
RTA: cedula

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral**

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | + Inmediatamente |
| Despues de 5 dias | Al dia siguiente |

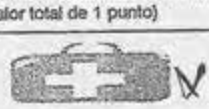
**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)**

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas | | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. | | 1 |
| Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo | | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta | | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | X |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Arguello | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 6.0 | APROBADO: SI X NO [ ] |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Henry Palacios identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 71763[illegible] Medellín

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de Febrero en la ciudad de Bolívar

Henry Palacios

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 71763339 84

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Jeanri Palacios identificado (o) con C.C 71763794 de Medellin quien desempeña el cargo de Pilero aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MEDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | | | |
| Control Optométrico periódico | | | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | | | |
| Higiene postural y de columna | | | | |
| Estilo de vida saludable | | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | | | |
| Control por EPS por nutricionista | | | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | | | |
| Control Semestral | | | | |
| Valoración por medicina general | | | | |
| Alimentación Sana | | | | |
| Control Anual por EPS | | | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jeanri Palacios Cargo: Pilero Firma: Jeanri Palacio

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

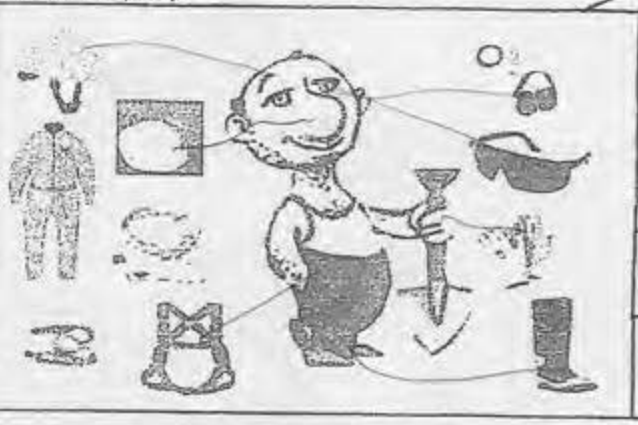
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Alberto muñoz FECHA: 16-02-26

CARGO: Oficial CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)** 1



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)** 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | X | X | X | |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
| | X | | X | |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)**

RTA: Ser una Perso responsable en el trabajo 1

**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)**

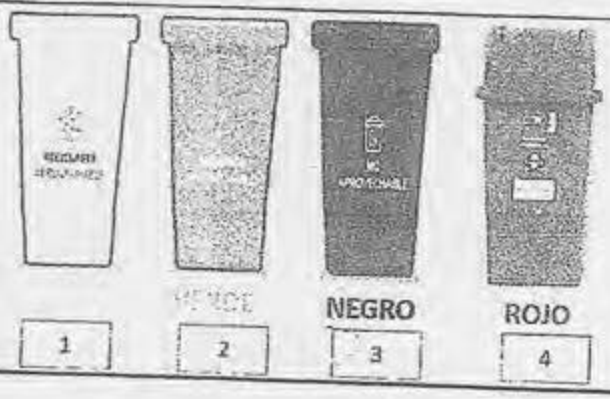
RTA: te ARL EPS estoy asegurado

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)** 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas | | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc | | 1 |
| Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo | | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta | | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquín de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | V | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | V | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | V | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | F |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades laborales | | F |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | V | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | V | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | V | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | F |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | V | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo L. | Fecha: 16-02-26 | Calificacion: 7.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Alberto Muñoz identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1143950276 de Cali

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 14 de Febrero en la ciudad de Cali

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1143950276 Alberto Muñoz

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo alberto MUÑOS identificado (o) con C.C 1143950276 de cali quien desempeña el cargo de oficial aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MEDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Alberto muñoz Cargo: oficial Firma: Alberto MUÑOZ

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 02<br>Fecha: Enero de 2021<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo S.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 16-02-26

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO X

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minutos Inducción

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1143950276 | Alberto matas | oficial | JESUS |
| 2 | 6.172.615 | eliecer valencia | ayudante | Eliecer |
| 3 | 1304076 | Carlos Rosas | contratista | Carlos |
| 4 | 1193078417 | Ilan salazar | oficial | Ilan |
| 5 | 1304076 | | | |
| 6 | 1002953012 | Daniel camilo | ayudante | Daniel |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

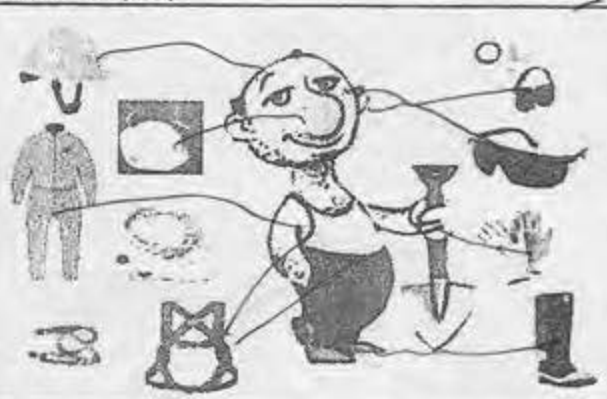
| CONSORCIO FP | EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Jesus Diaz Ayudante FECHA: 18-02-26

CARGO: Ayudante CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 1

RTA: Responsabilidad y Respeto

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto) 0

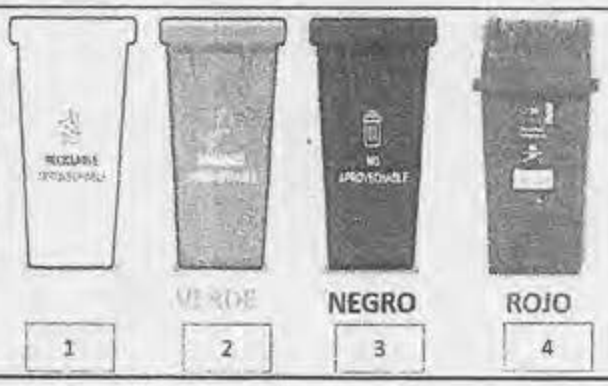
RTA: Cedula

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  + |  |  X |
| Botiquín de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | + | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | + | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | + | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | + |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | + | + |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | + | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | + | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | + | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | + |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | + | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo L | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 7.0 | APROBADO: SI X NO [ ] |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



Riesgos existentes:

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Jesus Diaz identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 5210395 de Alban

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de febrero en la ciudad de Bfra.

VoBo Residente SST-MA

Jesus Diaz

Firma del Notificado C.C. 5210395

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Jesus Diaz identificado (o) con C.C 5210396 de Abrego Norte quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | + | | |
| Control Optométrico periódico | | + | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | + | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | + | | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | + | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | + | | |
| Higiene postural y de columna | | + | | |
| Estilo de vida saludable | | + | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | + | | |
| Control por EPS por nutricionista | | + | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | + | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | + | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | + | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | + | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | + | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | + | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | + | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | + | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | + | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jesus Diaz Cargo: Ayudante Firma: JESUS DIAZ

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
|---|---|
| FECHA (DD/MM/AA): 19-22 Febrero 2026 | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

| MODALIDAD (Indique con una x): | | | | TIPO (Indique con una x): | | | | Duración (Horas): |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitación | | Charla | | Externo | | Reinducción | | 15 minuto |
| Reunión | | OTRO | x | Interno | | Entrenamiento | | Inducción |

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1077452041 | Dailon Noya | Pilero | |
| 2 | 5210115 | Luis Ordoñez | conductor | |
| 3 | 72285748 | OSCar Duran | Ayudante | |
| 4 | 5210395 | Jesús Diaz | Ayudante | Jesus Diaz |
| 5 | 29231364 | Cleidy Joana Quiceno | Seso | |
| 6 | 1093939440 | Guillermo Serna | operador | |
| 7 | 80423092 | Jose Raul Diaz | operador | Jose Diaz |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

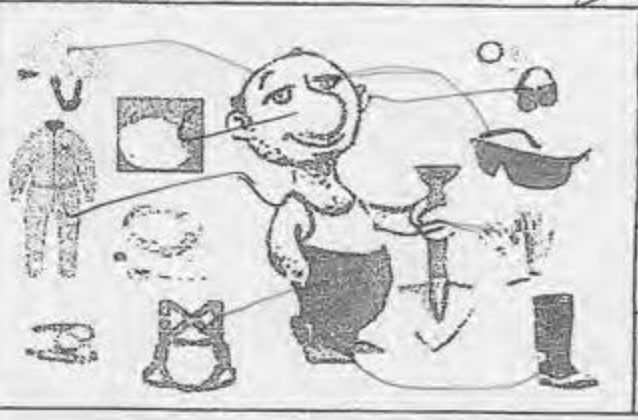
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Jose Jhon Jairo Salazar Valencia FECHA: 16-02-26

CARGO: Oficial CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)** 1



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)** 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X | | X | X | |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
| | X | | X | |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)**

RTA: Ser una persona responsable con su trabajo 1

**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)**

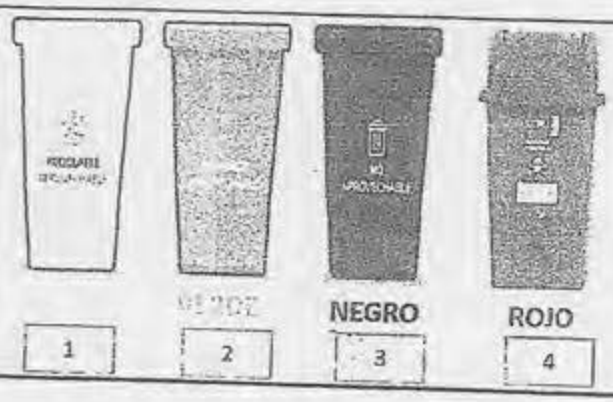
RTA: ARL EPS Pension certificado medico curso de Altura 1

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 3 dias | Al dia siguiente |

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)** 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas | | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc | | 1 |
| Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo | | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta | | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | V | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | V | |
| 3 | El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | V | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | F |
| 5 | Los elemeotos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | F |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | V | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | V | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | V | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | F |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | V | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 16-02-26 | Calificacion: 8.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caida desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas Inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohibe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo José Hon Sabra V. identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1193078413 de Cali

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 14 de febrero en la ciudad de Cali.

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1193078413

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo José Alton Jairo Salazar identificado (o) con C.C 1.193.078.413 de Cali quien desempeña el cargo de Oficial aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringologia. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | | X | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | X | | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | | X | | |
| Control Anual por EPS | X | | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | | X | | |
| | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | X | | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | X | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Alton Salazar Cargo: Oficial Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 02<br>Fecha: Enero de 2021<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo S.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 16-02-26

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO X

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minutos Inducción

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1143950276 | Alberto matas | oficial | JESUS |
| 2 | 6.172.615 | eliecer valencia | ayudante | Eliecer |
| 3 | 1304076 | Carlos Rosas | contratista | Carlos |
| 4 | 1193078417 | Ilan salazar | oficial | Ilan |
| 5 | 1304076 | | | |
| 6 | 1002953012 | Daniel camilo | ayudante | Daniel |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

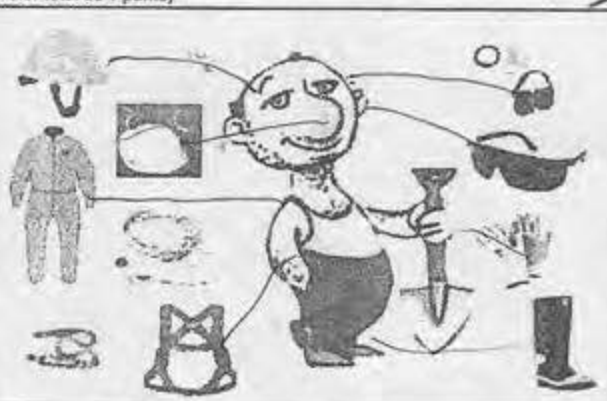
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016 |
|---|---|---|
| | | Enero de 2025 |
| | | V:00 |

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

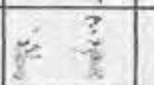
NOMBRE: Jose Palacios moreno FECHA: 12-02-26

CARGO: Pilero CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST X | Señalizar el área de trabajo X | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud X | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones X | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes X | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo X | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 1

RTA: responSabilida

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto) 1

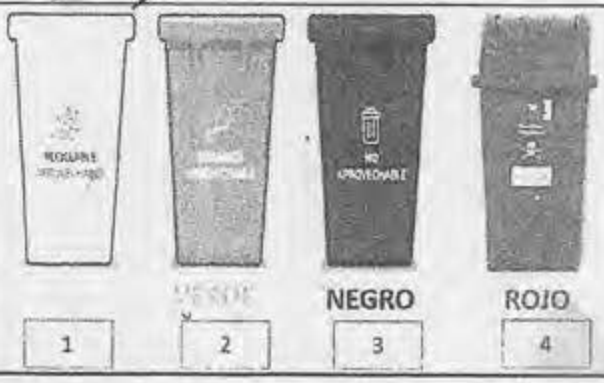
RTA: cedula

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente X |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papales y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: 1
(Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  | X  |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 1

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Argulos | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 8.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y énergía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Jose Palacios identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1078857309 de Cúcuta

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de febrero en la ciudad de Cúcuta.

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1078857309

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Jose Palacios identificado (o) con C.C 1078857349 de choco quien desempeña el cargo de pilero aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | + | | |
| Control Optométrico periódico | | + | | |
| Valoración por optometria en EPS para prescripción de formula optométrica | | + | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringologia. | | + | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | + | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | + | | |
| Higiene postural y de columna | | + | | |
| Estilo de vida saludable | + | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | + | | |
| Control por EPS por nutricionista | | + | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | + | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | + | | |
| Control Semestral | | + | | |
| Valoración por medicina general | | + | | |
| Alimentación Sana | + | | | |
| Control Anual por EPS | | + | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | + | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | + | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | + | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | + | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | + | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | + | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | + | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | + | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Josl Palacios Cargo: Pilero Firma: Josl Palacios

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[ ] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: José Raul Diaz Ruiz FECHA: 22-02-26

CARGO: Operador CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una linea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo X | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones X | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes X | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo X | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA:

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

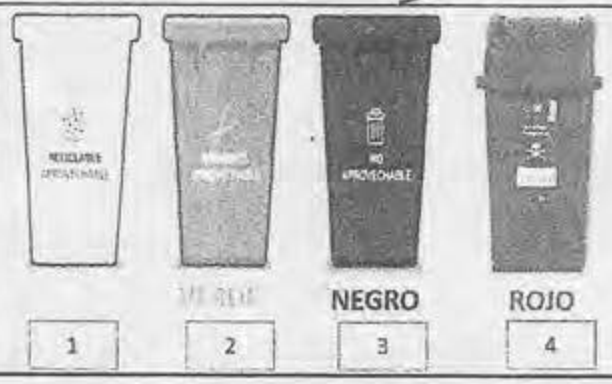
RTA:

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  | X  |
| Boliquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 22-02-26 | Calificacion: 6.0 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



Riesgos existentes:

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Jose Raul Diaz Ruiz identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 80423092 bogueno B

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 22 de febrero en la ciudad de _____

VoBo Residente SST-MA

Jose Raul Diaz
Firma del Notificado C.C. 80423092

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Jose Raul Diaz Ruiz identificado (o) con C.C 80423092 de Usaquen quien desempeña el cargo de operador aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | X | | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | X | | |
| Control Anual por EPS | | | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | X | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Jose Raul Diaz Cargo: operador Firma: Jose Raul Diaz

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
|---|---|
| FECHA (DD/MM/AA): 19-22 Febrero 2026 | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

| MODALIDAD (Indique con una x): | | | | TIPO (Indique con una x): | | | | Duración (Horas): |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitación | | Charla | | Externo | | Reinducción | | 15 minuto |
| Reunión | | OTRO | x | Interno | | Entrenamiento | | Inducción |

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1077452041 | Dailon Noya | Pilero | |
| 2 | 5210115 | Luis Ordoñez | conductor | |
| 3 | 72285748 | OSCar Duran | Ayudante | |
| 4 | 5210395 | Jesús Diaz | Ayudante | Jesus Diaz |
| 5 | 29231364 | Cleidy Joana Quiceno | Seso | |
| 6 | 1093939440 | Guillermo Serna | operador | |
| 7 | 80423092 | Jose Raul Diaz | operador | Jose Diaz |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

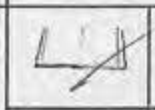
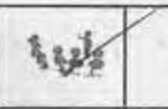
NOMBRE: Juan Carlos Guerrero ☒ INDUCCION ☐ REINDUCCION FECHA: 11-02-2026

CARGO: Topografo CONTRATISTA Consorcio FP

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: Charlas periodicas. 1

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)

RTA: EPS Carnet ARL AFP 1

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente ☒ |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

**7.** Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

|  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

**8.** Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 0.5

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | ✓ | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | | ✓ |
| 3 | El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | ✓ | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | ✓ |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | ✓ |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | ✓ | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | ✓ | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | ✓ | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | ✓ |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | ✓ | |

¡EXITOS!

**NOTA:** Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 11-02-26 | Calificacion: 7.5 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | Notificación de Riesgo | Version: 00<br>Enero de 2025<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

Elementos de protección personal: De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



Riesgos existentes:

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

Acciones preventivas:

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Juan Carlos Guerrero identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 16498978 B/tura

Conozco y acepto la presente NOTIFICACIÓN DE RIESGOS, la cual se firma el día 11 de Febrero en la ciudad de Buenaventura .

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 16498978 Buenaventura

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

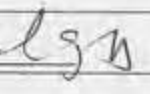
Yo Juan Carlos Guerrero identificado (o) con C.C 16458978 de Bolívar quien desempeña el cargo de Topografo aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

| TIPO DE EXAMEN | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

| CONCEPTO MÉDICO | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Juan carlos G. Cargo: Topografo. Firma: 

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-018<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo Londoño

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 11-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (indique con una x): Capacitació [X] Charla [ ] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas): 1 hora

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 16'648978 | Juan Carlos Guerrero A | Topografo | |
| 2 | 14477934 | Jai Mi Caicedo Obando | AUX topo | |
| 3 | 72301051 | Galdino Osmar Najera Ca | Ing Residente | |
| 4 | 38472089 | Marlyng Valkyo H | Social. | |
| 5 | 6673942 | Jasmin Angulo | Prof. SST | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

NOMBRE: Luis Alfonso Ordoñez FECHA: 12-02-26

CARGO: Conductor CONTRATISTA _____

**1. Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad.** (Valor total de 1 punto) 1



**2. Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador** (Valor total de 1 punto) 0.5

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| X | | | X | |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
| | X | | X | |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | X Ingresar o portar armas |

**3. Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS.** (Valor total de 1 punto) 1

RTA: cumplir con las normas

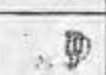
**4. Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra** (Valor total de 1 punto) 1

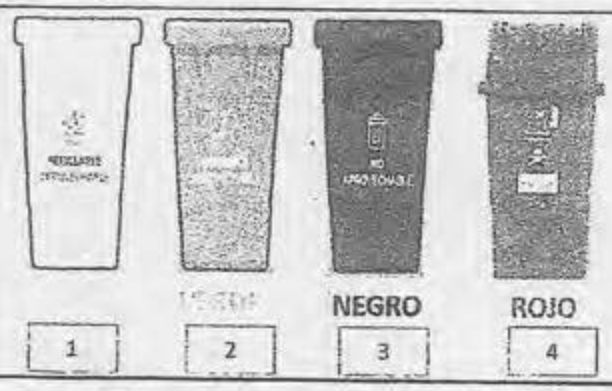
RTA: Salud, pension y Riesgos

**5. De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral** 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 5 dias | Al dia siguiente |

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo.** (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higiénico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Boliquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el area de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | T |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 8'0 | APROBADO: SI X NO [ ] |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Luis Alfonso Ordoñez identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 5210115 de D/ba

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de febrero en la ciudad de Bta.

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 5210115

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Luis Alfonso ordoñez identificado (o) con C.C 5200115 de Alban quien desempeña el cargo de Conductor aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica audilivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Luis ordoñez Cargo: Conductor Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
|---|---|
| FECHA (DD/MM/AA): 19-22 Febrero 2026 | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

| MODALIDAD (Indique con una x): | | | | TIPO (Indique con una x): | | | | Duración (Horas): |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitación | | Charla | | Externo | | Reinducción | | 15 minuto |
| Reunión | | OTRO | x | Interno | | Entrenamiento | | Inducción |

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1077452041 | Dailon Noya | Pilero | |
| 2 | 5210115 | Luis Ordoñez | conductor | |
| 3 | 72285748 | OSCar Duran | Ayudante | |
| 4 | 5210395 | Jesús Diaz | Ayudante | Jesus Diaz |
| 5 | 29231364 | Cleidy Joana Quiceno | Seso | |
| 6 | 1093939440 | Guillermo Serna | operador | |
| 7 | 80423092 | Jose Raul Diaz | operador | Jose Diaz |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

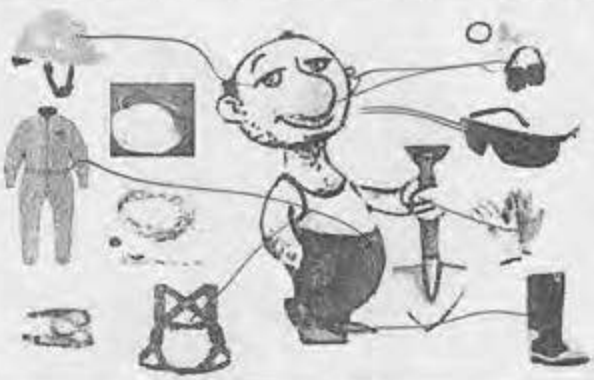
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016 |
|---|---|---|
| | | Enero de 2025 |
| | | V:00 |

[ ] INDUCCION [X] REINDUCCION

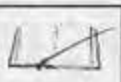
NOMBRE: Moises Cosbali Cueri FECHA: 23-02-2026

CARGO: Servicios Varios CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: charlas periódicas

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)

RTA: Salud carne ARL AFP

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0,25 por cada acierto para un total de 1 punto)

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin cocción como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

**7.** Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias:
(Valor total de 1 punto)

|  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

**8.** Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | ✓ | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | ✓ | |
| 3 | El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | ✓ | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | ✓ |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | ✓ |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | ✓ | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | ✓ | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | ✓ | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | ✓ | |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | ✓ | |

¡EXITOS!

**NOTA:** Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Anyelo | Fecha: 23-02-26 | Calificacion: 7.00 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Moises Cardoli identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 16489599 de _____

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 23 de Febrero en la ciudad de Bucaramanga

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 16489599

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Moises Caraballi , identificado (o) con C.C 16489599 de Bolentino quien desempeña el cargo de Servicios Varios aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MEDICO**

| Apto | | Apto con restricción | |
|---|---|---|---|
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometria en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | X | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Moises Araba Cargo: Ayudante Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
|---|---|
| FECHA (DD/MM/AA): 23-02-2026 | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

| MODALIDAD (Indique con una x): | | | | TIPO (Indique con una x): | | | | Duración (Horas): |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitació | | Charla | X | Externo | | Reinducción | | |
| Reunión | | OTRO | | Interno | | Entrenamiento | | |

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 16489599 | Moises Caraballi | Servicios varios | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

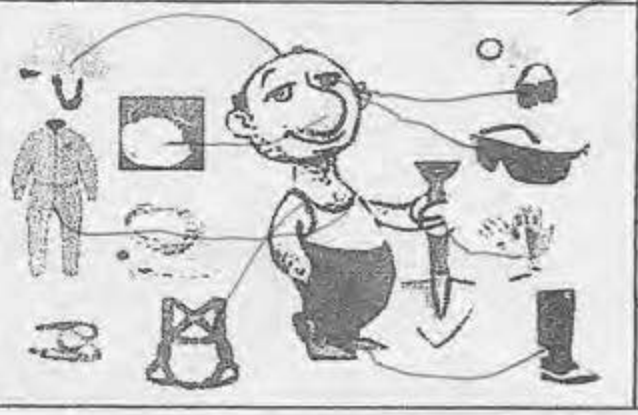
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION
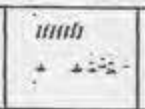
NOMBRE: Oscar Wan doran FECHA: 18-02-26

CARGO: Ayudante CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto)



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Política DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: responsabilidad.

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra. (Valor total de 1 punto)

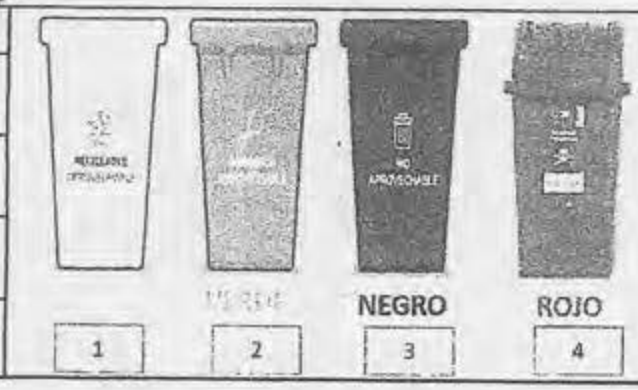
RTA: Cedula -

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | X Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  X |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 6.5 | APROBADO: SI X NO [ ] |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobresfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- *La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento*
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- *Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia*
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Oscar Ivan Duran identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 7728574 8 de

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 17 de febrero en la ciudad de Bucaramanga

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. Oscar Duran C 7728574 8

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:**

Yo Oscar Ivan Duran identificado (o) con C.C 72285748 de _____ quien desempeña el cargo de Ayudante aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | | X | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | X | | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | | X | | |
| Control Anual por EPS | X | | | |
| **Recomendación médica para el área de trabajo** | **Diagnostico** | | | **Observaciones** |
| | **Si** | **No** | **N/A** | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | X | | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | X | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Oscar Ivan Duran Cargo: Ayudante Firma: Oscar Duran

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Politicas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
|---|---|
| FECHA (DD/MM/AA): 19-22 Febrero 2026 | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

| MODALIDAD (Indique con una x): | | | | TIPO (Indique con una x): | | | | Duración (Horas): |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Capacitación | | Charla | | Externo | | Reinducción | | 15 minuto |
| Reunión | | OTRO | x | Interno | | Entrenamiento | | Inducción |

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1077452041 | Dailon Noya | Pilero | |
| 2 | 5210115 | Luis Ordoñez | conductor | |
| 3 | 72285748 | OSCar Duran | Ayudante | |
| 4 | 5210395 | Jesús Diaz | Ayudante | Jesus Diaz |
| 5 | 29231364 | Cleidy Joana Quiceno | Seso | |
| 6 | 1093939440 | Guillermo Serna | operador | |
| 7 | 80423092 | Jose Raul Diaz | operador | Jose Diaz |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

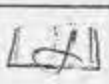
NOMBRE: Oscar Zuñiga Lozano FECHA: 12-02-26

CARGO: Aprendiz CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad (Valor total de 1 punto)



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto)

RTA: 0

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto)

RTA: 0

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente ✓ |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto)

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

7. Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias: (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  X |  |  |  |  X |
| Botiquin de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

8. Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto) 0.5

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de seguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | | X |

¡EXITOS!

NOTA: Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 5.5 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "articulo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo articulo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Oscar Zuluaga Cuartas identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 1060707313 de Caldono

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 2 de Febrero en la ciudad de Bitora

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1077452041

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:** 12-02-2026

Yo Oscar Zethy Calyapú identificado (o) con C.C 1060 707 313 de Cauca quien desempeña el cargo de Herrero aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | 7.57 | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | X | | |
| Control Optométrico periódico | | X | | |
| Valoración por optometría en EPS para prescripción de formula optométrica | | X | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | X | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | X | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | X | | |
| Higiene postural y de columna | | X | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | X | | |
| Control por EPS por nutricionista | | X | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | X | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | | X | | |
| Control Semestral | | X | | |
| Valoración por medicina general | | X | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | X | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | X | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | X | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | X | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | X | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | X | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | X | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | X | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Oscar Zethy Cargo: Herrero Firma:

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

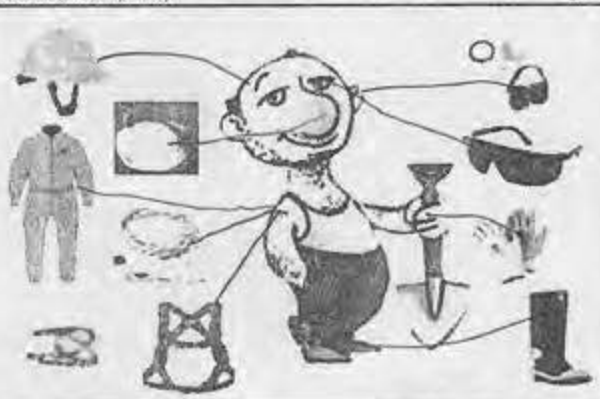
| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

[X] INDUCCION [ ] REINDUCCION

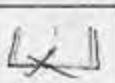
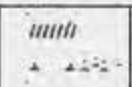
NOMBRE: Wilmer Alvarez FECHA: 12-07-2024

CARGO: Pilero CONTRATISTA _____

**1.** Relacione con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal o de seguridad. (Valor total de 1 punto) 1



**2.** Señale con un X sobre la imagen las responsabilidades del trabajador (Valor total de 1 punto) 1

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |
| Conocer y tener clara las políticas que se establecen en el SGSST | Señalizar el area de trabajo | Suministrar información clara, completa y veraz su estado de salud | Participar de manera activa en las actividades y capacitaciones | Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo |
|  |  |  |  |  |
| Consumir o distribuir sustancias sicoactivas | Reportar condiciones de inseguridad a los jefes | Llegar en estado de embriaguez | Informar de inmediato los accidentes de trabajo | Ingresar o portar armas |

**3.** Con sus propias palabras mencione, que se debe tener en cuenta para el cumplimiento de la Politica DE NO CONSUMO DE ALCOHO, TABACO Y DROGAS. (Valor total de 1 punto) 1

RTA: Responsabilidad

**4.** Mencione que Documentos se deben tener en cuenta para el ingreso de un trabajador a la empresa y/o Obra (Valor total de 1 punto) 0

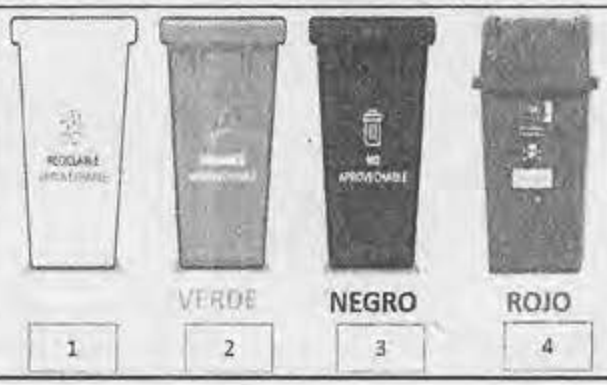
RTA: cedula.

**5.** De cuanto tiempo dispongo para reportar un accidente laboral 1

| | |
|---|---|
| Despues de 2 dias | Inmediatamente |
| Despues de 8 dias | Al dia siguiente |

**6.** Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo. (Resolucion 01115 de 2012) (Valor 0.25 por cada acierto para un total de 1 punto) 1

| RESIDUOS | IMAGEN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas de vidrio, botellas plásticas, vasos plásticos, latas de aluminio, etc. |  | 1 |
| Papel higienico, servilletas, papel metalizado, papeles y cartones contaminados con comida, colillas de cigarrillo |  | 3 |
| Residuos de comida sin coccion como cascaras de fruta |  | 2 |



| CONSORCIO FP | EVALUACION DE INDUCCIÓN - REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | SST-FOT-016<br>Enero de 2025<br>V:00 |
|---|---|---|

**7.** Señale con un X los elementos que hagan parte del Plan de Emergencias:
(Valor total de 1 punto)

|  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|
| Botiquín de Primeros Auxilios | Reciclar y separar los residuos de la obra. | Extincion del fuego | Cerrar las llaves, para no gastar agua cuando no la uses | Punto de Encuentro |

**8.** Responda Verdadero (V) o Falso (F) a las siguientes afirmaciones: (Valor total de 1 punto)

| ITEM | AFIRMACION | (V) | (F) |
|---|---|---|---|
| 1 | Un accidente de trabajo es algo que sucede de forma repentina y que puede generar una lesion en el individuo | X | |
| 2 | El trabajador debe usar sus elementos de proteccion contra caidas cuando realice labores a una altura de 2,0 mts | X | |
| 3 | El sistema de suguridad social integral consta de EPS, ARL y AFP. | X | |
| 4 | Una accion preventiva es mantener el área de trabajo desordenada para generar accidentes e incidentes | | X |
| 5 | Los elementos de proteccion personal no se deben usar al momento de realizar actividades labores | | X |
| 6 | Una accion preventiva es señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular. | X | |
| 7 | La empresa debe contar con un Plan de Emergencias y Brigada de Emergencia. | X | |
| 8 | La empresa debe suministrar la dotacion de trabajo | X | |
| 9 | El trabajador puede llegar a laborar bajo los efectos del alcohol | | X |
| 10 | Se deben reportar todos los accidentes e incidentes al area SST | X | |

¡EXITOS!

**NOTA:** Es aprobada la evaluación que obtenga una calificación mayor o igual a cinco (5), el valor total es de ocho (8).

| Calificado por: Jasmin Angulo | Fecha: 12-02-26 | Calificacion: 7:00 | APROBADO: SI X NO ☐ |
|---|---|---|---|

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, Inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Yo Wilmer Alvarez identificado con la Cédula de Ciudadanía No 7029710 de Sotaloba A

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 12 de Febrero en la ciudad de Bucaramanga

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 7029710

| CONSORCIO FP | RECOMENDACIONES EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES | SST -FT-022<br>VERSIÓN: 00<br>Fecha: Enero 2025 |
|---|---|---|

**Proyecto: CONSORCIO FP**

**Fecha de elaboración:** 12-03-2026

Yo Wilmer Alvarez identificado (o) con C.C 70217108 de Yolombo quien desempeña el cargo de piloto aceptó haber recibido por parte de la empresa la notificación de las recomendaciones dadas en el certificado médico de aptitud laboral.

**TIPO DE EXAMEN**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ingreso | X | Periódico | | Alturas | | Retiro | |
| Fecha | | Fecha | | Fecha | | Fecha | |

**CONCEPTO MÉDICO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Apto | | Apto con restricción | |
| No Apto | | Apto para trabajo en altura | |

| Recomendación médica para el trabajador | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Requiere corrección visual permanente | | + | | |
| Control Optométrico periódico | | + | | |
| Valoración por optometria en EPS para prescripción de formula optométrica | | + | | |
| Valoración, manejo seguimiento por otorrinolaringología. | | | | |
| Valoración, manejo y seguimiento por dermatología en EPS | | + | | |
| Seguimiento y/o valoración por presión arterial | | + | | |
| Higiene postural y de columna | | + | | |
| Estilo de vida saludable | X | | | |
| Control por EPS por hiperlipidemia | | + | | |
| Control por EPS por nutricionista | | + | | |
| Control por EPS por Ortopedia | | + | | |
| Dieta y ejercicio- Dieta balanceada- Ejercicio frecuente | + | | | |
| Control Semestral | | + | | |
| Valoración por medicina general | | + | | |
| Alimentación Sana | X | | | |
| Control Anual por EPS | | + | | |

| Recomendación médica para el área de trabajo | Diagnostico | | | Observaciones |
|---|---|---|---|---|
| | Si | No | N/A | |
| Uso de elementos de protección personal indicados para la actividad | + | | | |
| Uso obligatorio de E.P.A. en sitios de ruido superior a 80DB | + | | | |
| Pausas activas durante la jornada laboral | + | | | |
| Ergonomía en el puesto de trabajo | + | | | |
| Capacitación en higiene postural y manejo de columna | + | | | |
| Manejo adecuado de maquinaria y herramientas de trabajo | + | | | |
| Cumplir normas de higiene y seguridad industrial | + | | | |
| Debe laborar con gafas de corrección óptica | | + | | |
| **Programa de vigilancia epidemiológica** | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica Ergonómico | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica visual | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica auditivo | | | | |
| Incluir en el programa de vigilancia epidemiológica respiratorio | | | | |
| **OTRAS RECOMENDACIONES** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| **RESTRICCIÓN ESPECIFICA** | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Me comprometo a seguir las recomendaciones dadas y a notificar oportunamente a la empresa cualquier recomendación o diagnóstico generado sobre mi salud.

Elaborado por: Wilmer Alvarez Cargo: Oficial Firma: Wilmer

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad

| | |
|---|---|
| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
| FECHA (DD/MM/AA): 12-02-26. | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitació ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 minuto. Induccion

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7076019713 | Dairon Palacio | Pilero | |
| 2 | 1042715584 | Carlos Rodriguez | Pilero | |
| 3 | 70257108 | Wilmar Alvarez | pilero | |
| 4 | 11799422 | Armando Palacio | Pilero | |
| 5 | 1077600130 | Eliecer Moreno | pilero | |
| 6 | 1002923201 | Carlos bolaños | Oficial | |
| 7 | 1062333615 | Brayan velez | Herrero | |
| 8 | 71763394 | Jenny Palacio | Pilero | |
| 9 | 1078857349 | Jose Palacios | pilero | |
| 10 | 1060707313 | Oscar zapata | Herrero | |
| 11 | 1077452041 | Dailin Moya | Pilero. | |
| 12 | 1061600355 | Jassmeyer Guevara | Oficial | |
| 13 | 1085943193 | Darco Ordañez | Maestro. | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-060<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin angulo L.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 11-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación [X] Charla [X] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (Indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas): 1/2 hora

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 72301081 | Baldino Osmer Nagra Ca | Ing. Residente | |
| 2 | 34472089 | Marlong Vallejo H | Social | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-015<br>Versión: 20<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

**Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

| HOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo Londoño | COMPAÑIA: CONSORCIO FP |
|---|---|
| FECHA (DD/MM/AA): 11-02-2026 | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA |

| MODALIDAD (indique con una x): Capacitación [X] Charla [ ] Reunión [ ] OTRO [ ] | TIPO (indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ] | Duración (Horas): 1 hora |
|---|---|---|

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 16'498.978 | Juan Carlos Guerrero A | Topografo | |
| 2 | 14.977.934 | Jaime Cortés Obando | AUX TOPO | |
| 3 | 72301051 | Gabino Osmar Najera Cor | Ing Residente | |
| 4 | 38472089 | Marlyng Valkjoth | Socia). | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

USO adecuado de los EPP.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 17-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación [ ] Charla [X] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (Indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas): 7:00 - 7:10 am

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1076044403 | DAIRON PALACIOS M | PILERO | |
| 2 | 1143765304 | Carlos Rodriguez | Pilero | Carlos |
| 3 | 5210395 | Jesus Diaz | Ayudante | Jesus |
| 4 | 11799922 | Armando palacios | Pilero | Armando P |
| 5 | 16'742'943 | Juan carlos Cuero | Topografo | |
| 6 | 5210115 | Luis Alfonso Ordoñez | Chofer | |
| 7 | [illegible] | Elicer moreno | Pilero | Elicer M |
| 8 | 42.[illegible]78 | Oscar | Ayudante | Oscar |
| 9 | 1029[illegible]30 | Carlos Bolivar | Ayudante | |
| 10 | [illegible]07313 | Oscar Zuñiga | Ayudante | |
| 11 | [illegible]751 | [illegible] | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Versión : 03<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Riesgos laborales en Construcción

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L.

COMPAÑÍA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 12-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación [ ] Charla [X] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (Indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas): 15 minutos

| NO. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1192079417 | Jose Alfon Sanchez V. | Oficial | |
| 2 | 1081514644 | Milton Moises Ramirez | Ayudante | |
| 3 | 1143950776 | JESUS ALBERTO MUÑOZ | OFICIAL | JESUS |
| 4 | 6171[illegible] | ELIESER | Ayudante | ELIESER |
| 5 | 1002953077 | Daniel camilo O. | AYUDANTE | Daniel O. |
| 6 | 16'178778 | Juan carlos Cuero | Topografo | |
| 7 | 14477934 | JAIME CALCEDO | AUX TOP. | |
| 8 | 16A89599 | [illegible] CARABALI | [illegible] | |
| 9 | JENSI | 7776359. | Pilero | JENSI |
| 10 | Armando | 1179992 2 | Pilero | Armando |
| 11 | 1078857[illegible] | Jose Palacios | Pilero | |
| 12 | 1071660[illegible] | ELIECER MORENO | Pilero | ELIECER M. |
| 13 | 1029230[illegible] | Pineda Bolaño. | Ayudante | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version : 03<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto:"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Riesgos laborales en Construcción

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Yasmin angulo L.

COMPAÑÍA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 18-02-2026.

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación [ ] Charla [x] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (Indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas):

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1144176084 | Carlos rodriguez | Aprendiz | Carlos |
| 2 | 1060107313 | OSCAR BETTY | Ayudante | |
| 3 | 5210395 | JESUS DIAZ | Ayudante | |
| 4 | 72285748 | OSCAR IVAN DURAN | Ayudante | |
| 5 | 1061600751 | Jassmeyer Guevara | oficial | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL AREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SIST-FT-050<br>Versión : 00<br>Fecha: Enero de 2026<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Accidente de trabajo laboral.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 19-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☒ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas):

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1076077723 | DAIRON PALACIOS | pilero | |
| 2 | 1143950176 | Jesus alberto muñoz | oficial | |
| 3 | 1193078413 | Alton solazar | oficial | |
| 4 | 6177615 | ELIECER R | ayudante | ELIECER |
| 5 | 1006189578 | Dilmer Andres Rentería | ayudante | |
| 6 | 10[illegible] | Gilberto Mosquera | Pilero | |
| 7 | 11799922 | Armando palacio | Pilero | Armando |
| 8 | 1002953077 | Daniel camilo ca | oficial | |
| 9 | 1081596444 | Millan Rojas | Maestro obra | |
| 10 | 5710115 | Luis Alfonso Ordoñez | conductor | |
| 11 | 16738572 | Jose Palacios PILERO | | |
| 12 | Jenri Andres. PILERO | | | |
| 13 | 5210395 | Jesus Diaz | Ayudante | Jesus |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2026<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Accidente de trabajo laboral.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 19-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☒ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas):

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1061773113 | [illegible] | Ayudante | |
| 2 | 72 285 718 | [illegible] | Ayudante | |
| 3 | 1061600371 | [illegible] | oficial | |
| 4 | 1076899793 | DAIRON [illegible] | PILERO | |
| 5 | 1042765584 | Carlos [illegible] | Pilero | Carlos |
| 6 | 10294301 | Carlos Bolaños | Ayudante | |
| 7 | 14477934 | Jaime Caicedo | AUX TOPO | |
| 8 | 16498970 | Juan Carlos Gom | Topografo | |
| 9 | 76A99599 | [illegible] | Servidor VA | |
| 10 | 7230151 | Galdino Mejor Cen | Ing Residente | |
| 11 | 16498970 | Juan Carlos Gom | Topografo | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2023<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Incendio

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo Londoño — COMPAÑÍA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 20-02-2026 — CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (indique con una x): Capacitación [ ] Charla [X] Reunión [ ] OTRO [ ] — TIPO (indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ] — Duración (Horas):

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 14477934 | Jaime calcedo | AUX TOPO | |
| 2 | 70257108 | Elmer Alvarez | Pilero | Wilma- |
| 3 | 16273658 | Carlos Andrés | Pilero | Carlos |
| 4 | 70260773 | [illegible] | pilero | |
| 5 | 1.143.950.776 | Jesus Alberto MUÑOZ | oficial | |
| 6 | 6177615 | ELIESER | | ELIESER |
| 7 | 1006189578 | Dilmer Andres lenta | ayudante | |
| 8 | 11799922 | Armando palaci | Pilero | Armando |
| 9 | 1002053077 | Daniel Camilo Os | Oficial | |
| 10 | 1193078413 | Jhon Jaramillo | oficial | Jhon |
| 11 | 71763794 | JENRI | PILERO | JENRI |
| 12 | 10788 5788 | Jose Pulido | PILERO | |
| 13 | 1014 6 [illegible] | Eliecer moreno | pelero | Eliecer |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-059<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Incendio

NOMBRE DEL PROFESIONAL :
Jasmin Angulo S.

COMPAÑÍA:
CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA):
20-02-2026

CIUDAD:
BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas):

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 13040764 | Carlos Rosas | Contratista | |
| 2 | 10291201 | Carlos Bolaños | Ayudante | |
| 3 | 1062907773 | [illegible] | Oficio | |
| 4 | 1042765584 | Carlos [illegible] | Oficios | |
| 5 | 1060907317 | Oscar Zuñiga Cuñapi | Ayudante | |
| 6 | 72285798 | Oscar | Ayudante | |
| 7 | 5210395 | Jesus Diaz | ayudante | Jesus |
| 8 | 7230151 | Gabino Mejia Cas | Ayudante de | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version: 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Prevención de Riesgos Laborales

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L.

COMPAÑÍA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 21-02-26

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas):

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 16489599 | Alvaro | OPERARIO | |
| 2 | 70257108 | Wilmar Alvarez | Pilero | Wilmar |
| 3 | 1060704313 | Cristian Tello Cabezas | Ayudante | |
| 4 | 1061600351 | [illegible] | Oficial | |
| 5 | 1077457041 | DAILON MOYA | Pilero | |
| 6 | 10292301 | Pablo Bolaños | Ayudante | |
| 7 | 72285746 | [illegible] | Ayudante | |
| 8 | Henry Palacios 71763794 | | Pilero | |
| 9 | 1078857[illegible] | Jose Palacio | Pilero | |
| 10 | 11799922 | Armando P | Pilero | Armando P |
| 11 | 80423092 | Jose Raul Diaz Ruiz | operador | |
| 12 | 1093739394 | [illegible] | Operador | |
| 13 | 1014600130 | Eliecer Murillo | Pilero | Eliecer Murillo |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Prevención de Riesgos Laborales

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 21-02-26

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación [ ] Charla [ ] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (Indique con una x): Externa [ ] Reinducción [ ] Interna [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas):

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1061276184 | Carlos Mosquera | Peón | Carlos |
| 2 | 1006189578 | Dilmer Andres Rentería | Ayudante | |
| 3 | 6277615 | ELIECER | AYOB | ELIECER |
| 4 | 1002953078 | Daniel Cuniba C | Ayudante | Daniel |
| 5 | 1143950976 | JESUS ALBERTO MUÑOZ | OFICIAL | JMD |
| 6 | 7025716 | Wilmer Alvarez | Pite-o | Wilmer |
| 7 | 71762394 | Jenri Perlaza | PIERO | |
| 8 | 1077457044 | JAILON MOYA | PIEYO | |
| 9 | 1062825738 | Jose Palacios | PIERO | |
| 10 | 72301051 | Goldino Mojica Cer | Ing. Residente Obra | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: GST-FT-050<br>Version: 03<br>Fecha: Enero de 2026<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

- Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Trabajo en altura.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo.

COMPAÑÍA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 23-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación [ ] Charla [X] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (Indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas): 15 minutos.

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 16'498'776 | Juan Carlos Guerrero | Topografo | |
| 2 | 14 477934 | Jaime cascedo | AUX TOPO | |
| 3 | 32 [illegible] | [illegible] | AUXILIAR | |
| 4 | 1077452041 | DAILON MOYA | OF PILERO | |
| 5 | 702137108 | Wilmar Alvarez | OF PILERO | Wilmar |
| 6 | 7026087703 | DAILON [illegible] | PILERO | |
| 7 | 71763[illegible] | PILERO | OFICIAL | |
| 8 | 1042 [illegible] | Carlos [illegible] | Pilero | Carlos |
| 9 | 1007053077 | Daniel [illegible] | Ayudante | |
| 10 | 6177615 | ELIESER | Ayudante | ELIESER |
| 11 | 1143450276 | JOSE ALBERTO MATA | OFICIAL | |
| 12 | 1150[illegible] | [illegible] | oficial | |
| 13 | 8423092 | [illegible] | operario | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2023<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Trabajo en Altura.

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo J.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 03-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☒ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una X): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 15 Minutos

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 70237106 | Wilmar Alvarez | Pilero | Wilmar |
| 2 | 5210395 | Jesus Diaz | Ayudante | Jesus |
| 3 | 1077600130 | Eliecer Moreno | Pilero | Eliecer |
| 4 | 94050032 | Guillermo Cañon | Soldador | |
| 5 | 1006189578 | Dilmer Andres Bentaria | Ayudante | |
| 6 | 1078285[illegible] | Jose Palacios | Pilero | |
| 7 | 11799422 | Armando P | Pilero | Armando |
| 8 | 1076[illegible]951 | [illegible] | Oficial | |
| 9 | [illegible] | [illegible] | Ayudante | |
| 10 | 7230851 | Gabelino Nayera Cera | Residente Ambiental | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO INDUCCION-REINDUCCION | Codigo: SST-FT-055<br>Versión: 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

**TEMA ESPECIFICOS:**

Estructura Organizacional - Reglamento Interno de Trabajo - Reglamento de Higiene Industrial - Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, alcohol, drogas y tabaquismo - Generalidades sobre Seguridad y Salud en el Trabajo - Aspectos legales relacionados con la Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo en el Trabajo (SG-SST) - Objetivos del SG-SST - Condiciones de salud y medicinal laboral, Higiene y seguridad industrial - Permisos de trabajo - Identificación de peligros - Uso de Elementos de Protección Individual (EPI): Clases, uso, mantenimiento, reposición - Orden y aseo - Manejo seguro e inspección de herramientas manuales - Higiene postural - Señalización y demarcación - Inspecciones de seguridad industrial - Hojas de seguridad MSDS - Plan de emergencia - Reporte e investigación de incidentes y accidentes de trabajo - Funcionamiento del comité paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo - Funcionamiento del comité de convivencia laboral - Peligros y riesgos asociados a la labor a desempeñar y sus controles - Procedimientos seguros para el desarrollo de la tarea - Responsabilidades generales en SST - ARL pertenece - Que es accidente de trabajo - Que es enfermedad laboral - Cuidados en el sector construcción - Reporte e identificación de condiciones peligrosas - Peligros a los que están expuestos los trabajadores (matriz de peligros)- Directriz en materia SST del **CONSORCIO FP** Promover la cultura del auto cuidado y contribuir a generar ambientes saludables, procurando el mejoramiento continuo del SG-SST, cumplimiento de la normativa vigente. – Divulgación de medidas de bioseguridad.

| NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L. | COMPAÑIA: CONSORCIO FP | |
|---|---|---|
| FECHA (DD/MM/AA): 23-02-2026 | CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA | |
| MODALIDAD (indique con una x): Capacitación [ ] Charla [X] Reunión [ ] OTRO [ ] | TIPO (indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ] | Duración (Horas): |

| No | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 16489599 | Moises Cambali | Servicios Varios | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL AREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-058<br>Version : 03<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERIA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Alcoholismo

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo I.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 24-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☒ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Interno ☐ Reinducción ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 5 mts

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 7078[illegible]713 | DAIRON PALACIOS | pilero | |
| 2 | 70257108 | Wilmar Alexander | Pilero | Wilmar |
| 3 | 0116[illegible]30 | Edgar Mosquera | Pilero | Edgar |
| 4 | Jenri | Palacios | Pilero | Jenri |
| 5 | 1047[illegible]584 | Carlos Manuel | Pilero | Carlos |
| 6 | 1077452041 | DAILON MOYA | Pilero | |
| 7 | 11799922 | Armando P | Pilero | Armando |
| 8 | 1081600351 | Juan Herbert | ofic | |
| 9 | 1078[illegible]4 | Jose Palacios | Pilero | |
| 10 | 5210395 | Jesus Diaz | Ayudante | Jesus |
| 11 | 10242301 | Carlos Bolaños | Ayudante | |
| 12 | 72285748 | Oscar D | Ayudante | |
| 13 | 1002953077 | Daniel Camilo C | Ayudante | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version: 00<br>Fecha: Enero de 2026<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Alcoholismo

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Yasmin Angulo L.

COMPAÑÍA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 24-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☒ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): Charlas 5 min

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1060707213 | [illegible] | Ayudante | |
| 2 | 1113950276 | Jesus alberto MIÑOZ | OFICIAL | |
| 3 | 6177615 | ELIESER | | ELIECER |
| 4 | 1143078413 | Hondurio soldador | oficial | Honduro |
| 5 | 16279976 | Juan Carlos G. | Topografo | |
| 6 | 14477934 | Jaime Caicedo | AUXTOPO | |
| 7 | 1006189578 | Dilmer Andres Perlaza | Ayudande | |
| 8 | 7648 9579 | [illegible] CARABALI | DE DANT | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-059<br>Version.: 00<br>Fecha: Enero de 2026<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Manejo de extintor

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmith Angulo L.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 25-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☐ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): SST: 5 mnts

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1143950276 | Jesus alberto MUÑOZ | OFICIAL | Jesus |
| 2 | 5210395 | Jesus Diaz | AYUDANTE | Jesus |
| 3 | 1002953079 | daniel camilo os | oficial | daniel |
| 4 | 6277615 | ELIESER | PILOTO | ELIESER |
| 5 | 1179999122 | Armando P | PILOTO - 2 | Armando |
| 6 | 1047600130 | Eliecer Moreno | Pintura | Eliecer |
| 7 | 10242301 | Carlos Bolaños | Ayudante | Carlos |
| 8 | 1304076[illegible] | Carlos Rosas | Contratista | Carlos |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version: 00<br>Fecha: Enero de 2023<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Reubicación punto de Emergencia

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo I.

COMPAÑIA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 26-02-26

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☒ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas):

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1193078413 | Jose Jhon Solarte | oficial | |
| 2 | 1061072115 | Oscar Camilo Cabrera | Ayudante | |
| 3 | 5210395 | Jesus Diaz | Ayudante | Jesus |
| 4 | 1006189538 | Dimar Andres Pantoja | ayudante | |
| 5 | 80423092 | Jose Raul Diaz | Operario | |
| 6 | 1093739810 | Guillermo Sinisterra | OP | |
| 7 | 72.285.748 | Oscar [illegible] | Ayudante | |
| 8 | 1062333015 | Brayan Bolaños | Ayudante | |
| 9 | 3912786707 | [illegible] | ayudant | |
| 10 | 1077457041 | Jairon Moya | Operario | |
| 11 | [illegible] | Wilmar Alvarez | Operario | Wilmar |
| 12 | 1078357349 | Jose Patricio | Pilero | |
| 13 | 71762394 | Jenni Pilero | Jenni | Jenni |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version : 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Reubicación punto de Emergencia

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L.

COMPAÑÍA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 26-02-26

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☒ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una X): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas):

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1144600330 | Eliecer Moreno | Piloto | Eliecer M |
| 2 | 6173615 | ELIESER | ayudante | ELIESER |
| 3 | 1002953017 | daniel camilo ol | oficial | Daniel ol. |
| 4 | 1179922 | Armando P | P. IC y D | Armando |
| 5 | 1143950276 | SESCO albeiro MOR | OFICIAL | JESUS |
| 6 | 1079830301 | Carlos Bolaños | Ayudant | |
| 7 | 1042 [illegible] | Carlos Nuñez | Piloto | Carlos |
| 8 | 1076077773 | DAIRON PATIÑO | piloto | |
| 9 | 14477934 | JAIME CALCEDO | AUX TOPO | |
| 10 | 1061600731 | Jesmith L | oficial | |
| 11 | 72301051 | Galdino Mayorca | Ing Residente | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | CONTROL DE ASISTENCIA | Codigo: SST-FO.018<br>Versión:00<br>Página: 1 de 1<br>Fecha: 12/12/22 |
|---|---|---|

**EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".**

TEMA: Clasificación de residuos sólidos

NOMBRE DEL INSTRUCTOR:

COMPAÑIA: Consorcio F.P-

FECHA (DD/MM/AA): 17-02-2026

CIUDAD: Buenaventura.

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☒ Reunión ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Interno ☒

Duración (Horas): 5. minutos.

OBJETIVO:

CONTENIDO:

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRE | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1076077473 | DAILON [illegible] MENA | pilero | |
| 2 | 1042765541 | [illegible] | Pilo | |
| 3 | 10 298 730 | [illegible] | Ayudante | |
| 4 | 1061071313 | OSCAR [illegible] | Ayudante | |
| 5 | 1229[illegible] | Oscar [illegible] | Ayudante | |
| 6 | 1061[illegible] | [illegible] | oficial | |
| 7 | 5210396 | JESUS DIAZ | AYUDANTE | JESUS |
| 8 | 1067[illegible] | [illegible] | Ayudante | |
| 9 | [illegible] | 1176[illegible] | PILERO | |
| 10 | [illegible] | [illegible] | oficial | |
| 11 | 1799922 | Armen [illegible] | Pilero | |
| 12 | 1093[illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 13 | 1[illegible] | Eliecer Moreno | Pilero | Eliecer M |
| 14 | [illegible] | Jose Palacios | Pilero | |
| 15 | 1061[illegible] | [illegible] | [illegible] | |
| 16 | 1077452041 | DAILON MOYA | Pilero | |
| 17 | 1061[illegible] | Daniel Camilo [illegible] | Oficial | |
| 18 | 702[illegible] | Wilmar Alvarez | Pilero | Wilmar |
| 19 | 6[illegible] | ELIECER | | ELIECER |
| 20 | 1042[illegible] | Jose Raul Diaz Ruiz | operador | |
| 21 | [illegible] | [illegible] | 16AB9598 | |
| 22 | 1[illegible] | JAIRO CALCEDO | AUX TOPO | |
| 23 | 1[illegible] | [illegible] | TOPOGRAFO | |
| 24 | [illegible] | Coldino Nelson [illegible] | Ing Residente Obra | |
| 25 | [illegible] | JESUS [illegible] | OFICIAL | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL INSTRUCTOR

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Version.: 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Importancia de las Charlas diarias

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Yasmin Angelo L.

COMPAÑÍA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 25-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación ☐ Charla ☑ Reunión ☐ OTRO ☐

TIPO (Indique con una x): Externo ☐ Reinducción ☐ Interno ☐ Entrenamiento ☐

Duración (Horas): 5 minutos

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 76489598 | [illegible] | AYUDANTE | |
| 2 | 70157108 | Wilmer Alvarez | Pilero | Wilmer |
| 3 | 1096099173 | DAIRON PALACIOS | pilero | |
| 4 | 6177615 | ELIESER | | ELIESER |
| 5 | 1077457041 | DAILON MOYA | PELERO | |
| 6 | 1062222615 | Brayan velasco | Ayudante | |
| 7 | 1002495079 | Angel camilo | ayudante | Angel. |
| 8 | DNI 6013 | Eliecer Mosquera | pilero | Eliecer M. |
| 9 | [illegible] | 80423092 | Operador | 2222 |
| 10 | 1007739646 | Guillermo Simmons | OP | |
| 11 | 1179999122 | Armando P | Pilero | Armando |
| 12 | 71763794 | Jenni Palacios | PILERO | Jenni. |
| 13 | 1078857848 | Jose Palacios | Pilero | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | REGISTRO CAPACITACION ENTRENAMIENTO Y CHARLAS | Codigo: SST-FT-050<br>Versión : 03<br>Fecha: Enero de 2025<br>Pagina: 1 de 1 |
|---|---|---|

Objeto: "EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

Importancia de las Charlas diarias

NOMBRE DEL PROFESIONAL: Jasmin Angulo L.

COMPAÑÍA: CONSORCIO FP

FECHA (DD/MM/AA): 28-02-2026

CIUDAD: BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUC

MODALIDAD (Indique con una x): Capacitación [ ] Charla [X] Reunión [ ] OTRO [ ]

TIPO (Indique con una x): Externo [ ] Reinducción [ ] Interno [ ] Entrenamiento [ ]

Duración (Horas): 5 minutos

| No. | DOC. IDENTIDAD | NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | CARGO | FIRMA |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1024301 | Carlos Bolaños | Modelo | |
| 2 | 1047151584 | Carlos Mosquera | Ayud | Carlos |
| 3 | 1143945976 | JESUS VENTO NUÑEZ | OFICIAL | JESUS |
| 4 | 1193078417 | Jose Jhan solazar | oficial | Jhandrys |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |
| 11 | | | | |
| 12 | | | | |
| 13 | | | | |

OBSERVACIÓN:

FIRMA RESPONSABLE DEL ÁREA

| CONSORCIO FP | CONTROL ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) | Código: SST-FT-028<br>Versión: 08<br>Fecha: Enero de 2023<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

| NOMBRE RESPONSABLE ENTREGA: | | CARGO: | PROFESIONAL SST-MA |
|---|---|---|---|
| OBRA O PROYECTO: | COP-4335 de 2024 | | |

**OBJETO DEL CONTRATO :**

EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA"

El presente formato da cumplimiento a lo establecido en la Ley 9 de 1979 articulos 122, 123 y 124, Decreto Único Reglamentario para el Sector Trabajo 1072 de 2015 en los articulos 2.2.4.6.10, 2.2.4.6.12 y 2.2.4.6.24 referente al selección, suministro, uso, cuidado y reposición de los elementos de protección personal y las respectivas responsabilidades de la entidad y sus funcionarios.

| | | | TIPO DE EPP* | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | NOMBRE | CEDULA | RT | CS | CHCL | IMPER | BS | BC | TP | GSC | GSO | TDC | TDI | GCZA | GCHO | OTI | OTRO | CUAL | TOTAL EPP | FIRMA |
| 23-02-26 | Moises Caraballo | | | X | X | | X | X | | | X | | | X | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

*DECLARO HABER RECIBIDO GRATUITAMENTE EL MATERIAL ABAJO DESCRITO, PARA USO EXCLUSIVO EN LAS TAREAS QUE ME FUERON ATRIBUIDAS, DECLARO TAMBIEN ESTAR CONCIENTE DE LAS NORMAS DE UTILIZACION, LIMPIEZA, CONSERVACION, CUIDADOS Y RESTITUCION, EN CASO DE EXTRAVIO O NO USO DE ESTE MATERIAL.*

* En las celdas de Tipo de EPP, relacionar la cantidad que es entregada, para contabilizar el total de EPP entregados.

**OBLIGACIONES DEL EMPLEADO**

1. Todos los trabajadores deben utilizar sus EPP durante toda la jornada laboral, de lo contrario se amonestarán por desacato.
2. Se hacen responsable de su dotación, quien los dañe o los extravíe deberá solicitar unos nuevos pero debe asumir el costo.
3. Si un empleado sufre un incidente o accidente de trabajo y no llevaba sus EPP, **LIBERA A LA EMPRESA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD** a causa de su negligencia.

**OBSERVACIONES**

ELABORÓ: Yasmin Angulo.
CARGO: PROFESIONAL SST

| | |
|---|---|
| RT | ROPA DE TRABAJO (OVEROL Y/O CAMISA Y/) |
| CS | CASCO DE SEGURIDAD |
| CHLC | CHALECO |
| BS | BOTAS DE SEGURIDAD |
| BC | BOTAS DE CAUCHO |
| TP | TAPA BOCAS |
| GSC | GAFAS DE SEGURIDAD CLARA |
| GSO | GAFAS DE SEGURIDAD OSCURA |
| TDC | TAPA OIDOS TIPO COPA |
| TDI | TAPA OIDOS TIPO INSERCCION |
| GZA | GUANTES DE CARNAZA |
| GCHO | GUANTES DE CAUCHO |
| IMPER | IMPERMEABLE |

| CONSORCIO FP | CONTROL ENTREGA DE DOTACIÓN Y ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) | Código: SST-FT-008<br>Versión: 00<br>Fecha: Enero de 2025<br>Página 1 de 1 |
|---|---|---|

| NOMBRE RESPONSABLE ENTREGA: | | CARGO: | PROFESIONAL SST-MA |
|---|---|---|---|
| OBRA O PROYECTO: | COP-4336 de 2024 | | |

OBJETO DEL CONTRATO :

EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

El presente formato de cumplimiento a lo establecido en la Ley 9 de 1979 articulos 122, 123 y 124, Decreto Único Reglamentario para el Sector Trabajo 1072 de 2015 en los articulos 2.2.4.6.10, 2.2.4.6.12 y 2.2.4.6.24 referente al selección, suministro, uso, cuidado y reposición de los elementos de protección personal y las respectivas responsabilidades de la entidad y sus funcionarios.

| | | | TIPO DE EPP * | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FECHA | NOMBRE | CEDULA | RT | CS | CHLC | IMPER | BS | BC | TP | GSC | GSO | TOC | TOI | GCZA | GCHO | OTI | OTRO | CUAL | TOTAL EPP | FIRMA |
| 11-02-26 | Jaime E. Calcedo | 14437934 | | X | X | | | | | | | | | | | | | | 2 | |
| 11-02-26 | Juan Cadas Carmona | 16498940 | | X | X | | | | | | | | | | | | | | 2 | |
| 11-02-26 | Goldino Najera Cen | 7720151 | | X | X | | | | | | | | | | | | | | 2 | |
| 11-02-26 | Jasmin Angulo | 66739420 | | X | X | | | | | | | | | | | | | | 2 | |
| 11-02-26 | Marlong Valkyo H. | 38472084 | | X | X | | | | | | | | | | | | | | 2 | |

*DECLARO HABER RECIBIDO GRATUITAMENTE EL MATERIAL ABAJO DESCRITO, PARA USO EXCLUSIVO EN LAS TAREAS QUE ME FUERON ATRIBUIDAS. DECLARO TAMBIEN ESTAR CONCIENTE DE LAS NORMAS DE UTILIZACION, LIMPIETA, CONSERVACION, CUIDADOS Y RESTITUCION. EN CASO DE EXTRAVIO O MAL USO DE ESTE MATERIAL*

* En las celdas de Tipo de EPP, relacionar la cantidad que es entregada para contabilizar el total de EPP entregados.

**OBLIGACIONES DEL EMPLEADO**

1. Todos los trabajadores deben utilizar sus EPP durante toda la jornada laboral, de lo contrario se multarán por descuido.
2. Se hacen responsable de su dotación, quien los dañe o los extravíe deberá solicitar unos nuevos pero debe asumir el costo.
3. Si un empleado sufre un incidente o accidente de trabajo y no llevaba sus EPP, **LIBERA A LA EMPRESA DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD** a causa de su negligencia.

**OBSERVACIONES**

ELABORÓ

CARGO: PROFESIONAL SST

| | |
|---|---|
| RT | ROPA DE TRABAJO (OVEROL Y/O CAMISAS) |
| CS | CASCO DE SEGURIDAD |
| CHLC | CHALECO |
| BS | BOTAS DE SEGURIDAD |
| BC | BOTAS DE CAUCHO |
| TP | TAPA BOCAS |
| GSC | GAFAS DE SEGURIDAD CLARA |
| GSO | GAFAS DE SEGURIDAD OSCURA |
| TOC | TAPA OIDOS TIPO COPA |
| TOI | TAPA OIDOS TIPO INSERCCION |
| GZA | GUANTES DE CARNAZA |
| GCHO | GUANTES DE CAUCHO |
| IMPER | IMPERMEABLE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 16-02-2026 | De las | 7:00 a m | A las | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingenieria de Calidad | | Ciudad | Buenaventura | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas O Edisson | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| PALMON DARIOS MENA | 1076077473 | |
| Carlos Mario Rodriguez | 1042763584 | |
| [illegible] | 1061600251 | |
| | | |
| | | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | X | Descendedor | X |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ___ NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 8am | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 8am | 0 | | | | | | |
| 17/02/26 | H2S | 8am | 0 | | | | | | |
| | LEL | 8am | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | X | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | X | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | X |
| ¿Se ha dispuesto de una linea de vida para la ejecución de los trabajos? | X | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | X | Na |

Observaciones y comentarios

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

Observaciones y comentarios

Goldino Mejia Cor

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

### 8.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | X | No | Na |
| los equipos quedan en condiciones seguras | X | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | X | No | Na |

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 17-18-02-26 | De las | 7:00 | A las | 5:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de Calidad | | Ciudad | | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas D Caisson | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Carlos Mario Medina | 1094756524 | Carlos |
| DALTON VALDES MENA | 1076079703 | |
| Armando P | 1179992L2 | Armando |
| Elkin Moreno Salud | 1126 | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | línea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | X | Descendedor | X |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:00 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:00 | 0 | | | | | | |
| 18/02/26 | H2S | 7:00 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:00 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | X | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | X | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

Observaciones y comentarios

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

### 8.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | X | No | Na |
| los equipos quedan en condiciones seguras | X | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | X | No | Na |

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | X | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 19-02-26 | De las | 7:00 | A las | 5:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingenieros de Calidad | | Ciudad | Buenaventura | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pila o caisson | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Carlos Mario Valencia | 1042755594 | Carlos |
| PALOMA PACIOS MENA | 1076604793 | |
| Armando Perlaza C. | 11799922 | Armando |
| Eliecer Moreno P. | 1076600150 | Eliecer |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | X | Descendedor | X |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:00 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:00 | 0 | | | | | | |
| / / | H2S | 7:00 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:00 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si | No |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si | No |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | No |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si | No |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si | No |
| Observaciones y comentarios | | |

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios

Josman Mosquera
FIRMA EMISOR Y NOMBRE

Gallardo Nagua
FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

### 8.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na |

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 20-02-26 | De las | 7:00 | A las | 5:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de Calidad | | Ciudad | Bucaramanga | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas o Caisson | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DARWIN PALACIOS MENA | 1096079703 | |
| Cargo Auxiliar | | |
| Elicer Moreno Po | 1042765584 | |
| | 1007600750 | |
| Armando Palacios P | 1779922 | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | línea de vida | | Cuerdas | | Mosquetones | |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:15 | 21 16 | | | | | | |
| | Co | 7:15 | 0 | | | | | | |
| 20/02/24 | H2S | 7:15 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:15 | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | SI | No |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | SI | No |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | SI | No X |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | SI | No |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | SI | No |
| Observaciones y comentarios | | |

**7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS**

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | Coldino Mejor Cen |
| | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

**8.- CIERRE DEL PERMISO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | SI | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | SI | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | SI | No | Na | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

4

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 21-02-2026 | De las | 7:00 | A las | 5:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de Calidad | | Ciudad | | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas O Reisson | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DAIRON PALACIOS MENA | 707609703 | |
| Carlos Mario Montes | 1042765594 | |
| Eliecer Moreno Palacios | 1017600150 | |
| Wilmar Alvarez | 70217108 | |
| Armando Palacios P | 11799922 | |
| DAIRON MOYA MENA | 1077457011 | |
| Jose Palacios | 1042857317 | |
| Jenn. Palacios MPNA | 1176279411 | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:00 | 21.6 | | | | | | |
| | Co | 7:00 | 0 | | | | | | |
| 21/02/26 | H2S | 7:00 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:00 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | X | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | X | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | X | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una linea de vida para la ejecución de los trabajos? | X | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | X | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Caldino Noreña

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

| Observaciones y comentarios |
|---|
| |
| |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | |
|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |

| Observaciones y comentarios | |
|---|---|
| | |

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 23-02-2026 | De las | 7:00 | A las | 5:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de calidad | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas O Boisson | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Wilmo - Alvarez | 70259108 | Wilmo - |
| Fenry Palacios Pitero. | 7176378 | Fenry |
| Dairon Ernesto Moya Mena | 1077457041 | |
| Jose Palacios | 1078357349 | |
| Eliel Moreno Palacios | 107 | Eliel |
| Armando Palacios P | 11799922 | Armando P |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | X | Ochos | | poleas | | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:15 | 20.16 | | | | | | |
| | Co | 7:15 | 00 | | | | | | |
| 23/02/26 | H2S | 7:15 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:15 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | X | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | X | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | X | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | X | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | X | Na |

Observaciones y comentarios

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |
|---|---|
| | Galdino Moyera Cera |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |
| | | | | Galdino Moyera Cera |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 24-02-2026 | De las | 7:00 | A las | 5:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de Calidad | | Ciudad | Bello | | |
| Actividad a realizar | excavación de cuneta | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Wilma Alvarez | 70257108 | Wilma |
| DAIRON DARIO SEPULVEDA MENA | 1076877... | Dairon |
| Oscar Mario Palacios | 1042600130 | Oscar |
| Jenny Patricia Pineda | 71763394 | Jenny |
| Carlos Mario Madrid | 1042765584 | Carlos |
| DAIRON MENA | 1077457041 | Dairon |
| Armando palacios P | 11799822 | Armando |
| Jose Palacios | 1078857347 | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | |
| tripode de rescate | | Ochos | ✓ | poleas | | Descendedor | ✓ |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:15 | 21.5 | | 21.7 | 7:23 | 21.5 | 7:25 | |
| | Co | | | | | | | | |
| 24/02/26 | H2S | | | | | | | | |
| | LEL | | | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | ✓Si | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | ✓Si | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | ✓Si | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | ✓Si | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | ✓Si | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

**7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS**

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | Jairon Augusto<br>FIRMA EMISOR Y NOMBRE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 25-02-26 | De las | 7:00 | A las | 5:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP. | | Ciudad | B/Tura. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas o Caisson y Fundición de anillos. | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DAILON DAMIAN MENA | 1076007713 | |
| Carlos Mario Mosquera | 1077455946 | Carlos |
| Alicia Moreno | 1077 [illegible] | Alicia |
| Armando Palacios P | 11799922 | Armando |
| DAILON MOYA MENA | 1077457011 | |
| Wilma Alvarez | 70257108 | Wilma |
| Jose Palacios | 1078857349 | |
| Jenri Palacios. | 7176877 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | ✓ | poleas | | Descendedor | ✓ |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:40 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | | | | | | | | |
| 25/02/26 | H2S | | | | | | | | |
| | LEL | | | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una linea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | Jasmin Arroyo<br>FIRMA EMISOR Y NOMBRE |

| Observaciones y comentarios | Isc Caldino Najera Cera<br>FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |
|---|---|

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | √No | Na | Adrian Araujo<br>FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | √Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | √Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | √No | Na | Isc Caldino Najera Cera<br>FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | √No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | |

4

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 26-02-2026 | De las | 7:00 AM | A las | 5:00 PM. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio F.P. | | Ciudad | Ibagué | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas o Caisson y Fundición de anillos | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DALTON DAVID MENA | 1006077173 | |
| Carlos Mario Rodriguez | 1012356584 | |
| DAYAN MARIA | 1077452044 | |
| Yilmar Alvarez | 7027708 | |
| Oscar Valencia Ri | 1072 | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | N | Gafas | N | Guantes de cuero | N | Botas de caucho | N |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | N | linea de vida | N | Cuerdas | | Mosquetones | N |
| tripode de rescate | | Ochos | N | poleas | | Descendedor | N |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI N NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:40 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:40 AM | 0 | | | | | | |
| 26/02/26 | H2S | 7:40 AM | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:40 AM | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | | |
|---|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | N Si | | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | N Si | | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | N Si | | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una linea de vida para la ejecución de los trabajos? | N Si | | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | N Si | | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |

**7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS**

RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

Observaciones y comentarios

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

**8.- CIERRE DEL PERMISO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | SI | No | Na |
| los equipos quedan en condiciones seguras | SI | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | SI | No | Na |

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |
|---|---|
| | |
| | |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | |
| | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 27-02-26 | De las | 7:00 | A las | 5:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio PP. | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de caisson y fundición de anillos. | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DAIRON PALACIOS MENA | 1076077713 | |
| Carlos Madrid | 1041 F/5584 | |
| DENYS PINEDO | 7176794 | |
| Armando Palacios P | 11799972 | |
| Eliecer MOSQUERA | 1076000130 | |
| Jose Palacios | 1082357304 | |
| DAIRON MOYA | 1077457041 | |
| Wilmar Alvarez | 70187108 | |
| | | |
| | | |
| | | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | | Descendedor | X |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:29 | 21.5 | | | | | | |
| | Co | | 0 | | | | | | |
| 27/02/26 | H2S | | 0 | | | | | | |
| | LEL | | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | X | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | X | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | X | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | X | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | X | Na |

Observaciones y comentarios

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## 8.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 28-02-2026 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Transporte P.P. | | Ciudad | | | |
| Actividad a realizar | Excavacion de Pilas o cimiento y fundicion de muros. | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DAYRON PALACIOS MENA | 1076019703 | |
| Elkin Moreno Po | 1041600150 | |
| Armando P | 11799922 | |
| JEAN Palacios | 71763394 | |
| Jose Palacios | 1038857309 | |
| Carlos Moya | 1042766584 | |
| DAYRON MOYA | 1077115761 | |
| Wilmar Alvarez | 70237108 | |
| | | |
| | | |
| | | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | ✓ | poleas | | Descendedor | ✓ |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro 28 02 26 | Oxigeno | 7:27 | 21.5 | | | | | | |
| | Co | 7:27 | 0 | | | | | | |
| | H2S | 7:27 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:27 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | ✓ Si | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | ✓ Si | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | ✓ Si | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una linea de vida para la ejecución de los trabajos? | ✓ Si | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | ✓ Si | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 15-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP | | Ciudad | | | |
| Actividad a realizar | Excavación de Pilas o Caisson | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Dairon Palacios | 1076019713 | |
| Carlos Mario Rodriguez | 1042765584 | |
| Armando Palacios | 1799922 | |
| Hector Moreno | 1076001300 | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:20 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:20 | 0 | | | | | | |
| 15/02/26 | H2S | 7:20 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:20 | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si ✓ | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si ✓ | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si ✓ | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si ✓ | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si ✓ | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | |
| | |
| | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | |
| | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 16-02-2026 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 Pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingenierias de Calidad | | Ciudad | Buenaventura | | |
| Actividad a realizar | Excavacion de pilas O Edisson | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| RAMON ORTIZ MENA | 1076077773 | |
| Carlos Mario Rodriguez | 1042766584 | |
| Jose Mosquera | 1061600751 | |
| | | |
| | | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | X | Descendedor | X |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ____ NO ____

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 8am | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 8am | 0 | | | | | | |
| 17/02/26 | H2S | 8am | 0 | | | | | | |
| | LEL | 8am | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | X | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | X | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | X |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | X | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | X | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

**7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS**

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

**8.- CIERRE DEL PERMISO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 17-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP. | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de Pilas o Caisson | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Carlos mario Rodriguez | 1042765584 | Carlos |
| Dairon Palacios Mena | 1076019713 | |
| Armando Palacios | 1799922 | |
| Eliecer Moreno | 1078857349 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | ✓ | Descendedor | ✓ |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:00 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:00 | 0 | | | | | | |
| 17/02/26 | H2S | 7:00 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:00 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si ✓ | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si ✓ | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si ✓ | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si ✓ | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si ✓ | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 18-02-26 | De las | 7:00 Am | A las | 5:00 Pm. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP. | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de Pilas O Cabezales | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Carlos Mario Rodriguez | 1042765584 | Carlos |
| Dairon Palacios V | 1076019713 | |
| Armando Palacios | 11799122 | Armando P |
| Eliecer Moreno | 1078857349 | Eliecer |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | ✓ | Descendedor | ✓ |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:00 | 20,9 | | | | | | |
| | Co | 7:00 | 0 | | | | | | |
| 18/04/24 | H2S | 7:00 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:00 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si ✓ | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si ✓ | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si ✓ | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una linea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si ✓ | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si ✓ | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 19-02-26 | De las | 7:00 AM | A las | 5:00 PM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de Calidad | | Ciudad | Buenaventura | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pila o caisson | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Carlos Mario Ramirez | 1042765584 | |
| DALIONP PALACIOS MENA | 1076009773 | |
| Armando Perlaza C. | 11799922 | |
| Eliecer Moreno P. | 1076001 | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | X | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | X |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:00 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:00 | 0 | | | | | | |
| 19/02/26 | H2S | 7:00 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:00 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si | No |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si | No |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | No |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si | No |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si | No |
| Observaciones y comentarios | | |

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

### 8.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 19-02-26 | De las | 1:30 PM | A las | 5:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ferroconstrucciones Rosas | | Ciudad | Buenaventura | | |
| Actividad a realizar | Lavado de cubierta y estructura. | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Alton Jerro Salazar V. | 1193078413 | |
| Milton Rosas Quiroz | 1071594644 | |
| Jesus Gilberto Muñoz | 1143950276 | |

*Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?* SI X NO ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Guantes de cuero | X | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | X | Botas de seguridad | X | Otro | | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | X | Eslinga de seguridad doble gancho | X | Eslinga de Restriccion | | Mosquetones | X |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | | Cinta de Anclaje (Tie off) | | Descendedor | |
| Ochos | | linea de vida portatil | | Frenos de cuerda | | Cuerdas | X |
| Otro | | | | | | | |

*los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?* SI X NO ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| Andamio | X | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | Otro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Esta estable y nivelado? | X | No | Na | Esta en buenas condiciones? | X | No | Na | | | |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | X | No | Na | Seguros para su uso ? | Si | No | Na | | | |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | X | No | Na | Están instalados los guardapiés? | Si | No | Na | | | |

Observaciones y comentarios :

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | X | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | X | No | Na |
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | X | No | Na |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | X | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | X | Na |

Observaciones y comentarios :

4

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 20-02-26 | De las | 2:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de Calidad | | Ciudad | Buenaventura | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas o Caisson | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DIALYON PALACIOS MENA | 1096079703 | |
| Carlos Moreno | 1047765584 | |
| Elicer Moreno Po | 1017600130 | |
| Armando Palacios P | 11799922 | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | | Cuerdas | | Mosquetones | |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:15 | 21 | | | | | | |
| | Co | 7:15 | 0 | | | | | | |
| 2010212 | H2S | 7:15 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:15 | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si X | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si X | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | Na X |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si X | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si X | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

**7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS**

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

**8.- CIERRE DEL PERMISO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si X | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si X | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si X | No | Na | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 21-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 Pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de calidad | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas O edisson | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DAILON PALACIOS MENA | 1078019703 | |
| Carlos Mario Nieto | 1041765584 | |
| Eliecer Ricardo Palacios | 16766015 | |
| Wilmar Alvarez | 70257108 | |
| Armando palacios P | 11777772 | |
| DAILON E MOYA MENA | 1077457041 | |

*Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?* SI X NO ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Guantes de cuero | X | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | X | Botas de seguridad | X | Otro | | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | X | Eslinga de seguridad doble gancho | | Eslinga de Restriccion | | Mosquetones | X |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | X | Cinta de Anclaje (Tie off) | | Descendedor | |
| Ochos | | linea de vida portatil | | Frenos de cuerda | | Cuerdas | X |
| Otro | | | | | | | |

*los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?* SI X NO ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| Andamio | | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | Otro | Motinete |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Esta estable y nivelado? | X | No | Na | Esta en buenas condiciones? | Si | No | Na | Seguros para su uso ? | Si | No | Na |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | | Si | No | Na | | | | | | | |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | X | No | Na | Están instalados los guardapiés? | X | No | Na | | | | |
| Observaciones y comentarios : | | | | | | | | | | | |

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | X | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | X | No | Na |

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso*** ***SI*** X ***NO*** ___

| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo, Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |
|---|---|---|
| Goldino Mejia Cea | Profesional SST Jasmin Angulo | |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | | | | Si | No | Na | Otro | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |

| | |
|---|---|
| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | Goldino Mejia Cea<br>Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 22-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP | | Ciudad | Buenaventura | | |
| Actividad a realizar | Excavación de Pilas D Caisson | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Darron Palacios | 1076019713 | |
| Carlos Mario Rodriguez | 1042765584 | Carlos |
| Armando Palacios | 1799922 | Armando P |
| eliecer Moreno | 1077600130 | Eliecer |
| Jenry Palacios | 91763394 | Jenry |
| Jose leiser Palacio | 1078857349 | Jose |

***Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?*** ***SI*** ✓ ***NO*** ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | ✓ | Botas de seguridad | ✓ | Otro | | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | ✓ | Eslinga de seguridad doble gancho | ✓ | Eslinga de Restriccion | ✓ | Mosquetones | ✓ |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | | Cinta de Anclaje (Tie off) | | Descendedor | ✓ |
| Ochos | | linea de vida portatil | | Frenos de cuerda | | Cuerdas | ✓ |
| Otro | | | | | | | |

***los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?*** ***SI*** ✓ ***NO*** ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Andamio** | | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | **Otro** | Molinete | | |
| Esta estable y nivelado? | Si | No | Na | Esta en buenas condiciones? | Si | No | Na | | | | |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | Si | No | Na | Seguros para su uso ? | Si | No | Na | | | | |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | Si | No | Na | Están instalados los guardapiés? | Si | No | Na | | | | |
| Observaciones y comentarios : | | | | | | | | | | | |

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | Si | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | Si | No | Na |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | Si | No | Na |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | Si | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios : | | | |

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso SI X NO___***

| | | |
|---|---|---|
| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo, Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | Si | No | Na | Otro | | | | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |

| | |
|---|---|
| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 23-02-2026 | De las | 7:00 AM | A las | 5:00 PM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de Calidad del | | Ciudad | Buenaventura - | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas o Caisson | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| JHON E. MOYA MENA | 1077457011 | |
| Jenni Palacios Pilero | 1076879[illegible] | Jenni |
| Jose Palacios | 1078,573[illegible] | |
| Elicer Moreno Palacios | 1076[illegible] | |
| Armando palacios P | 11799927 | Armando P |

*Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?* SI X NO ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Guantes de cuero | X | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | X | Botas de seguridad | X | Otro | | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | X | Eslinga de seguridad doble gancho | X | Eslinga de Restriccion | | Mosquetones | X |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | | Cinta de Anclaje (Tie off) | | Descendedor | X |
| Ochos | | linea de vida portatil | X | Frenos de cuerda | X | Cuerdas | X |
| Otro | | | | | | | |

*los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?* SI X NO ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| Andamio | | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | Otro | por medio del montacarga |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Esta estable y nivelado? | X | No | Na | Esta en buenas condiciones? | X | No | Na | | |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | | Si | No | X Na | Seguros para su uso ? | X | No | Na | |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | X | No | Na | Están instalados los guardapiés? | | Si | No | X | |

Observaciones y comentarios :

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | X | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | X | No | Na |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | Si | No | Na |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | Si | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios : | | | |
| | | | |

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmados en este permiso*** SI NO

| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo, Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |
|---|---|---|
| Coordinador Mejeras Cem | Profesional SST Jasmin Angulo | |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | Si | No | Na | Otro | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |

| | |
|---|---|
| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | Coordinador Mejeras Cem Residente obra |
| | Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 24-02-2026 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingenieria del caiman | | Ciudad | B/Tura | | |
| Actividad a realizar | Excavacion de pilas de cimentacion | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Wilmar Alvarez | 79237108 | Wilmar |
| DAYRON DARIOS MENA | 1076077173 | |
| Elicer Moreno Valoyes | 1076005[illegible] | Elicer |
| Denni Palacios 7146574 | Pilero | |
| Carlos Mario Rodas | Pilero | |
| DAYRON MOYA MENA | Pilero | |
| Armando Palacios P | Pilero | Armando P |
| Jose Palacios | Pilero | |

***Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?*** SI ✓ NO ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | ✓ | Botas de seguridad | ✓ | Otro | | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | ✓ | Eslinga de seguridad doble gancho | ✓ | Eslinga de Restriccion | | Mosquetones | ✓ |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | ✓ | Cinta de Anclaje (Tie off) | ✓ | Descendedor | ✓ |
| Ochos | ✓ | linea de vida portatil | ✓ | Frenos de cuerda | ✓ | Cuerdas | ✓ |
| Otro | | | | | | | |

***los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?*** SI ✓ ***NO*** ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| Andamio | | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | Otro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Esta estable y nivelado? | Si | No | Na | Esta en buenas condiciones? | Si | No | Na | | | | |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | Si | No | Na | Seguros para su uso ? | Si | No | Na | | | | |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | Si | No | Na | Están instalados los guardapiés? | Si | No | Na | | | | |
| Observaciones y comentarios : | | | | | | | | | | | |

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | Si | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | Si | No | Na |

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso*** SI X NO __

| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo, Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |
|---|---|---|
| Coldings Majeno Con. | Profesional SST | |
| | Jasmin Angulo L. | |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | Si | No | Na | Otro | | | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | X | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | X | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | X | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | X | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | X | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | X | No | Na |

| En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso | Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso |
|---|---|
| | Coldings Majeno Con. Ing Residente de obra |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 25-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP | | Ciudad | | | |
| Actividad a realizar | Excavacion y Fundicion de pilas o Caisson | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Carlos Rosas | 13040764 | |
| DAIRON DAVID MENA | 1076019703 | |
| Carlos Rosas | 1047658450 | |
| Edgar Moreno | 1047600150 | |
| Armando Palacios P | 11799922 | |
| DAIRON MOVIA MENA | 1074520141 | |
| Wilma Alvarez | 20957108 | |
| Jose Palacio | 1078857349 | |
| JENRI PALACIO | 7176794 | |

***Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?*** *SI X NO ___*

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | ✓ | Botas de seguridad | ✓ | Otro | | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | ✓ | Eslinga de seguridad doble gancho | ✓ | Eslinga de Restriccion | | Mosquetones | |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | ✓ | Cinta de Anclaje (Tie off) | ✓ | Descendedor | ✓ |
| Ochos | ✓ | linea de vida portatil | ✓ | Frenos de cuerda | ✓ | Cuerdas | |
| Otro | | | | | | | |

***los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?*** *SI ___ NO ___*

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| Andamio | | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | Otro | Molinete |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Esta estable y nivelado? | ~~Si~~ | No | Na | Esta en buenas condiciones? | | | | | ~~Si~~ | No | Na |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | | | | Si | No | ~~Na~~ | Seguros para su uso ? | | ~~Si~~ | No | Na |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | ~~Si~~ | No | Na | Están instalados los guardapiés? | | | | | Si | No | ~~Na~~ |

Observaciones y comentarios :

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | ~~Si~~ | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | Si | No | Na |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | Si | No | ~~Na~~ X |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | ~~Si~~ | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | ~~No~~ X | Na |
| Observaciones y comentarios : | | | |

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso SI X NO ___***

| | | |
|---|---|---|
| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | | | | Si | No | Na | Otro | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |
| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | | | | Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso | | | |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 25-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Construcciones Rosado. | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Lavado de estructura y cubierta. | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Jesus GILBERTO MUÑOZ | 1143952276 | Jesus |
| Jose JHON JAIRO Orlazen V. | 1193084613 | JHonorio |

***Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?*** SI X NO ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Guantes de cuero | X | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | X | Botas de seguridad | X | Otro | | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | X | Eslinga de seguridad doble gancho | X | Eslinga de Restriccion | | Mosquetones | |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | X | Cinta de Anclaje (Tie off) | | Descendedor | |
| Ochos | | linea de vida portatil | X | Frenos de cuerda | | Cuerdas | |
| Otro | | | | | | | |

***los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?*** SI X NO ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Andamio** | X | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | **Otro** | | | |
| Esta estable y nivelado? | X | No | Na | Esta en buenas condiciones? | | | | X | No | Na | |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | | X | No | Na | Seguros para su uso ? | | | X | No | Na | |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | X | No | Na | Están instalados los guardapiés? | | | | X | No | Na | |
| Observaciones y comentarios : | | | | | | | | | | | |

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | X Si | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | X | No | Na |
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | X | No | Na |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | X | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | X No | Na |
| Observaciones y comentarios : | | | |

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso SI X NO___***

| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo, Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |
|---|---|---|
| Coldino Hoyos Cor | Profesional SST Jasmin Angulo | Coordinador B- CNX - SAG |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | Si | No | Na | Otro | | | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |

| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | Coldino Hoyos Cor<br>Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso |
|---|---|

## 10, Notas y Observaciones adicionales

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 28-02-26 | De las | 7.00 am | A las | 5.00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio F.P. | | Ciudad | Bituima | | |
| Actividad a realizar | Excavacion de pilas o caisson y fundicion de anillos. | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DAIRON PALACIOS MENA | 1076319775 | |
| Carlos Mario Mora | 1077465011 | |
| DAIRON MORA MENA | 1077465011 | |
| Wilmar Alvarez | 70257108 | |
| Edicar Morenos | 1077 [illegible] 50 | |
| Armando palacios P | 11799922 | |
| Jenni Palacios. | 1146594. | |

***Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?*** SI X NO ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | V | Guantes de cuero | V | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | V | Botas de seguridad | V | Otro | | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | V | Eslinga de seguridad doble gancho | V | Eslinga de Restriccion | | Mosquetones | |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | V | Cinta de Anclaje (Tie off) | V | Descendedor | V |
| Ochos | V | linea de vida portatil | V | Frenos de cuerda | V | Cuerdas | |
| Otro | | | | | | | |

***los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?*** SI V NO ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Andamio** | | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | Otro | Mollipetl. |

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Esta estable y nivelado? | V Si | No | Na | Esta en buenas condiciones? | V Si | No | Na |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | Si | No | V Na | Seguros para su uso ? | V Si | No | Na |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | V Si | No | Na | Están instalados los guardapiés? | Si | No | V Na |

Observaciones y comentarios :

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | V Si | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | Si | No | Na |
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | Si | No | Na |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | V Si | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | No | Na |

Observaciones y comentarios :

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso SI X NO ___***

| Nombre y Firma coordinador de alturas | Cargo, Nombre y firma | Cargo, Nombre y firma |
|---|---|---|
| Coordinador Trabajo en Alturas | Jasmin Angulo Profesional SST | Cargo. Nombre y firma |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | | Si | No | Na | Otro | | | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |

| | |
|---|---|
| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | Coordinador Trabajo en Alturas<br>Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 26-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP | | Ciudad | | | |
| Actividad a realizar | Izaje de estructura y cubierta. | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Jose Johan Soiro Salazar | 1193028413 | |
| JESUS ALBERTO MUÑOZ TUQUERRES | 1143950276 | |

*Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?* SI X NO ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Otro | Otro |
| Gafas de seguridad | ✓ | Botas de seguridad | ✓ | Otro | Otro |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | ✓ | Eslinga de seguridad doble gancho | ✓ | Eslinga de Restriccion | | Mosquetones | ✓ |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | ✓ | Cinta de Anclaje (Tie off) | | Descendedor | ✓ |
| Ochos | | linea de vida portatil | ✓ | Frenos de cuerda | ✓ | Cuerdas | ✓ |
| Otro | | | | | | | |

*los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?* SI X NO ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Andamio** | X | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | Otro |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Esta estable y nivelado? | SI | No | Na | Esta en buenas condiciones? | SI | No | Na |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | SI | No | Na | Seguros para su uso ? | SI | No | Na |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | SI | No | Na | Están instalados los guardapiés? | SI | No | Na |

Observaciones y comentarios :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | Si | No | Na |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | Si | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | No | Na |

Observaciones y comentarios :

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso SI__ NO __***

| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo, Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |
|---|---|---|
| Coaldino Mejer Cera | Jasmin Angeles profesional SST | Residente de obra Calculo B- |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | Si | No | Na | Otro | | | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |

| | |
|---|---|
| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | Coaldino Mejer Cera Residente de obra<br>Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 27-02-26 | De las | 7:00 AM | A las | 5:00 PM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | | | | | | |

Excavación de caisson y fundición de anillos

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DALRON PALACIOS MENA | 1076089713 | |
| Geiro Mosquera | 1094765534 | |
| Enrri Palacios Piero | 71763794 | |
| Armando Palacios P | 11799922 | |
| Elicer Moreno P | 1047600150 | |
| Jose Palacios | 1078857349 | |
| DAILON MOYA | 1077457041 | |
| Wilma Allen | 709 57108 | |

***Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicado ?*** SI X NO ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Guantes de cuero | X | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | X | Botas de seguridad | X | Otro | Molinete | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | X | Eslinga de seguridad doble gancho | X | Eslinga de Restriccion | | Mosquetones | X |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | | Cinta de Anclaje (Tie off) | | Descendedor | |
| Ochos | | linea de vida portatil | X | Frenos de cuerda | X | Cuerdas | X |
| Otro | | | | | | | |

***los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?*** SI X NO ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| Andamio | | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | Otro | Molinete |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Esta estable y nivelado? | X | No | Na | Esta en buenas condiciones? | X | No | Na | | | | |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | | Si | No | X | Seguros para su uso ? | X | No | Na | | | |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | X | No | Na | Están instalados los guardapiés? | | Si | No | X | | | |

Observaciones y comentarios :

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | Si | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | Si | No | Na |
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | Si | No | Na |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | Si | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | No | Na |

Observaciones y comentarios :

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso SI X NO ___***

| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo, Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |
|---|---|---|
| Coldimo Mejia Cer | Profesional SST Jasmin Arregoces | Dennis Carlos B. C.C. X.X.X. |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | Si | No | Na | Otro | | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |

| | |
|---|---|
| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | Coldimo Mejia Cer Residente de Obra SST<br>Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 27-02-2020 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio F.J. | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Lavado de estructura y Cubierta | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Jose Jhon Jairo Salazar V. | 1193078413 | |

*Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?* SI X NO ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | ✓ | Botas de seguridad | ✓ | Otro | | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | ✓ | Eslinga de seguridad doble gancho | ✓ | Eslinga de Restriccion | ✓ | Mosquetones | |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | ✓ | Cinta de Anclaje (Tie off) | | Descendedor | ✓ |
| Ochos | | linea de vida portatil | ✓ | Frenos de cuerda | ✓ | Cuerdas | ✓ |
| Otro | | | | | | | |

*los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?* SI ✓ NO ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| Andamio | ✓ | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | Otro | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Esta estable y nivelado? | ✓ Si | No | Na | Esta en buenas condiciones? | ✓ Si | No | Na | | |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | ✓ Si | No | Na | Seguros para su uso ? | ✓ Si | No | Na | | |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | ✓ Si | No | Na | Están instalados los guardapiés? | ✓ Si | No | Na | | |

Observaciones y comentarios :

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | Si | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | Si | No | Na |
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | Si | No | Na |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | Si | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | No | Na |

Observaciones y comentarios :

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso SI X NO __***

| | | |
|---|---|---|
| Coldiagnostic Nayeri Cera | Profesional SST Jasmin Angulo L. | Aux Calidad. B. Aux Siso. |
| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo, Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | Si | No | Na | Otro | | | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |

| | |
|---|---|
| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | Coldiagnostic Nayeri Cera Ing Residente de obra |
| | Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Versión: 2
HSEQ-F-044
DOCUMENTO CONTROLADO

# PERMISO DE TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

P.m

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 28-02-2026 | De las | 07:00 AM | A las | 05:00 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio F.P. | | Ciudad | Bogotá | | |
| Actividad a realizar | Excavacion de Pilas o caisson y fundicion de anillos. | | | | | |

## 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Wilma Alvarez | 70237102 | Wilma |
| Oscar Mendoza | 70[illegible]3 | Oscar |
| Jairon E. Moya | 1077457011 | [illegible] |
| Eliecer Moreno | 1077600150 | Eliecer |
| Armando P | 11799922 | Armando |
| Jenri Palacios | 71763794 | [illegible] |
| Jose Palacios | 1078857349 | [illegible] |
| Carlos Nuñez | 1042765524 | Carlos |

*Todo el personal conoce la actividad, riesgo y peligros y se encuentra en condiciones fisicas, psicologicas y es competente y esta entreando para realizar la actividad indicada ?* SI X NO ___

## 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Otro | | Otro | |
| Gafas de seguridad | ✓ | Botas de seguridad | ✓ | Otro | | Otro | |

**Observaciones**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Arnes | ✓ | Eslinga de seguridad doble gancho | ✓ | Eslinga de Restriccion | | Mosquetones | ✓ |
| Poleas | | Eslinga de pocisionamiento | ✓ | Cinta de Anclaje (Tie off) | ✓ | Descendedor | ✓ |
| Ochos | ✓ | linea de vida portatil | ✓ | Frenos de cuerda | ✓ | Cuerdas | ✓ |

Otro

*los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ?* SI ✓ NO ___

## 5.- SISTEMAS DE ACCESO

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Andamio** | ✓ | Escalera fija | | Escalera Portatil | | Rampa | | Otro | Molinete | | |
| Esta estable y nivelado? | ✓Si | No | Na | Esta en buenas condiciones? | ✓Si | No | Na | | | | |
| Todos las barandas y parales están debidamente anclados y fijos | ✓Si | No | Na | Seguros para su uso ? | ✓Si | No | Na | | | | |
| El piso de apoyo esta firme y bien nivelado? | ✓Si | No | Na | Están instalados los guardapiés? | ✓Si | No | Na | | | | |

Observaciones y comentarios :

## 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las condiciones climaticas son adecuadas para la realizacion de la tarea ? | ✓Si | No | Na |
| Se han implementado las medidas colectivas de prevención (Delimitación del área)? | ✓Si | No | Na |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | Si | No | Na |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | Si | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios : | | | |
| | | | |

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso SI__ NO__***

| | | |
|---|---|---|
| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | Si | No | Na | Otro | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |
| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | | | | Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso | | | |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 15-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP | | Ciudad | | | |
| Actividad a realizar | Excavación de Pilas o Caisson | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Dairon Palacios | 1076019713 | |
| Carlos Mario Rodriguez | 1042765584 | |
| Armando Palacios | 1799922 | |
| Hector Moreno | 1076001300 | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:20 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:20 | 0 | | | | | | |
| 15/02/26 | H2S | 7:20 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:20 | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si ✓ | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si ✓ | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si ✓ | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si ✓ | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si ✓ | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | |
| | |
| | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | |
| | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 16-02-2026 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 Pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingenierias de Calidad | | Ciudad | Buenaventura | | |
| Actividad a realizar | Excavacion de pilas O Edisson | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| RAMON ORTIZ MENA | 1076077773 | |
| Carlos Mario Rodriguez | 1042766584 | |
| Jose Mosquera | 1061600751 | |
| | | |
| | | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | X | Descendedor | X |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ____ NO ____

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 8am | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 8am | 0 | | | | | | |
| 17/02/26 | H2S | 8am | 0 | | | | | | |
| | LEL | 8am | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | X | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | X | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | X |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | X | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | X | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

**7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS**

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

**8.- CIERRE DEL PERMISO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 17-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP. | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de Pilas o Caisson | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Carlos mario Rodriguez | 1042765584 | Carlos |
| Dairon Palacios Mena | 1076019713 | |
| Armando Palacios | 1799922 | |
| Eliecer Moreno | 1078857349 | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | ✓ | Descendedor | ✓ |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:00 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:00 | 0 | | | | | | |
| 17/02/26 | H2S | 7:00 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:00 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si ✓ | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si ✓ | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si ✓ | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si ✓ | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si ✓ | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 18-02-26 | De las | 7:00 Am | A las | 5:00 Pm. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP. | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de Pilas O Cabezales | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Carlos Mario Rodriguez | 1042765584 | Carlos |
| Dairon Palacios V | 1076019713 | |
| Armando Palacios | 11799122 | Armando P |
| Eliecer Moreno | 1078857349 | Eliecer |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | ✓ | Descendedor | ✓ |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:00 | 20,9 | | | | | | |
| | Co | 7:00 | 0 | | | | | | |
| 18/04/24 | H2S | 7:00 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:00 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si ✓ | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si ✓ | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si ✓ | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una linea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si ✓ | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si ✓ | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 19-02-26 | De las | 7:00 AM | A las | 5:00 PM |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de Calidad | | Ciudad | Buenaventura | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pila o caisson | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Carlos Mario Ramirez | 1042765584 | |
| DALIONP PALACIOS MENA | 1076009773 | |
| Armando Perlaza C. | 11799922 | |
| Eliecer Moreno P. | 1076001 | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | X | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | X |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:00 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:00 | 0 | | | | | | |
| 19/02/26 | H2S | 7:00 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:00 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si | No |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si | No |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | No |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si | No |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si | No |
| Observaciones y comentarios | | |

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

### 8.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

4

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 20-02-26 | De las | 2:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de Calidad | | Ciudad | Buenaventura | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas o Caisson | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DIALYON PALACIOS MENA | 1096079703 | |
| Carlos Moreno | 1047765584 | |
| Elicer Moreno Po | 1017600130 | |
| Armando Palacios P | 11799922 | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | | Cuerdas | | Mosquetones | |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:15 | 21 | | | | | | |
| | Co | 7:15 | 0 | | | | | | |
| 2010212 | H2S | 7:15 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:15 | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si X | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si X | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | Na X |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si X | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si X | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

**7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS**

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

**8.- CIERRE DEL PERMISO**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si X | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si X | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si X | No | Na | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

4

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 21-02-2026 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de Calidad | | Ciudad | | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas O Caisson | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DAILON PALACIOS MENA | 1076009703 | |
| Carlos Mario Moreno | 1042755814 | |
| Eliecer Moreno Palacios | 1071600150 | |
| Wilmar Alvarez | 70217108 | |
| Armando Palacios P | 11799922 | |
| DAILON MOYA MENA | 1071457011 | |
| Jose Palacios | 1042365734 | |
| JENNI PALACIOS MENA | 1076329470 | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ____

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:00 | 21.6 | | | | | | |
| | Co | 7:00 | 0 | | | | | | |
| 21/02/26 | H2S | 7:0 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:0 | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | X | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | X | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | X | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | X | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | X | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Cristian Noreña Cano
FIRMA EMISOR Y NOMBRE

| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |
|---|---|
| | |
| | |

## 8.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | |
| | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 22-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP | | Ciudad | | | |
| Actividad a realizar | Excavación | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Dairon Palacios | 707600197 13 | |
| Carlos Mario Rodriguez | 1042765584 | Carlos |
| Armando Palacios | 11799422 | Armando P |
| Elecer Moreno | 1077600130 | |
| Jenry Palacios | 71763394 | Jenri |
| Jose Elecer Palacio | 1078857349 | Jose |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:10 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:10 | 0 | | | | | | |
| 22/02/26 | H2S | 7:10 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:10 | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | ✓ Si | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | ✓ Si | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | ✓ Si | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | ✓ Si | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | ✓ Si | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | |
| | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | |
| | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

4

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 23-02-2026 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Ingeniería de calidad | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas O caisson | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Wilmo - Alvarez | 70257108 | Wilmo- |
| Jenry Palacios Pitero - | 71763294 | Jenry |
| DAILON ERNESTO MOYA MENA | 1077457041 | |
| Jose Palacios | 1078857369 | |
| Ekiel Moreno Palacios | 1078 | Ekiel |
| Armando Palacios P | 11799722 | Armando |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | X | Ochos | | poleas | | Descendedor | |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:15 | 20.16 | | | | | | |
| | Co | 7:15 | 00 | | | | | | |
| 23102126 | H2S | 7:15 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:15 | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

**7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS**

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | Jasmin Angola<br>FIRMA EMISOR Y NOMBRE |

| Observaciones y comentarios | | | | Galdino Moyera Cera<br>FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |
|---|---|---|---|---|

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Rosmery Arequipa<br>FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | Galdino Moyera Cera<br>FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | | | | |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 24-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP | | Ciudad | | | |
| Actividad a realizar | Excavacion de caisson o pilas. | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Wilmer Alvarez | 70257108 | wilmer |
| Dairon Palacios Mena | 1076019713 | |
| Eliecer Moreno | 1078857349 | |
| Jenny Palacios | 71763394 | |
| Carlos Mario | 1042765584 | |
| Dailon Moya | 1077452041 | |
| Armando Palacios | 1139949922 | |
| Jose Palacios | 1078857349 | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | |
| tripode de rescate | | Ochos | ✓ | poleas | | Descendedor | ✓ |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:15 | 20.5 | | | | | | |
| | Co | 7:15 | 0 | | | | | | |
| 24/02/26 | H2S | 7:15 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:15 | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si ✓ | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si ✓ | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si ✓ | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si ✓ | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si ✓ | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Las instalaciones eléctricas cercanas han sido aisladas/aterrizadas? | Si | No | Na |
| Se cuenta con los telefonos del encargado de seguridad de el area en caso de emergencia? | Si | No | Na |
| Este trabajo produce riesgos para otros trabajos en áreas adyacentes? | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios : | | | |
| | | | |

## 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

COORDINADOR TRABAJO EN ALTURAS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

Observaciones y comentarios :

***Se autoriza la ejecucion de la actividad bajo las condiciones estipuladas y firmadas en este permiso SI ___ NO ___***

| | | |
|---|---|---|
| Nombre y firma coordinador de alturas | Cargo, Nombre y firma | Cargo Nombre y firma |

## 8.- INTERRUPCION DEL PERMISO

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cambio en las condiciones de clima | Si | No | Na | Actividades ajenas a labor | Si | No | Na | | |
| Riesgo o peligro inicialmente no contemplado | | | | Si | No | Na | Otro | | |

## 9.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | Los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El area se puede dar a servicio | Si | No | Na | Se ha realizado el inventario de equipos | Si | No | Na |

| | |
|---|---|
| **En consecuencia de lo desarrollado se da cierre y finalizacion del presente permiso** | Nombre - Cargo y Firma de quien cierra el permiso |

## 10, Notas y Observaciones adicionales

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS CONFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 25-02-26 | De las | 7:00 am | A las | 5:00 pm |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP. | | Ciudad | B/Tuna. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas o Caisson y Fundición de anillos. | | | | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DAILON PALACIOS MENA | 1078097713 | |
| Carlos Mario Mosquera | 1077655946 | |
| Uriel Moreno | 1078 [illegible] | |
| Armando palacios P | 11799922 | |
| DAILON MOYA MENA | 1077457011 | |
| Wilma Alvarez | 29257108 | |
| Jose Palacios | 1082857349 | |
| Jenri Palacios. | 1076287[illegible] | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | ✓ | poleas | | Descendedor | ✓ |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:40 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | | | | | | | | |
| 25/02/26 | H2S | | | | | | | | |
| | LEL | | | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si ✓ | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si ✓ | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si ✓ | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una linea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si ✓ | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si ✓ | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

| | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | Jasmin Zamudio<br>FIRMA EMISOR Y NOMBRE |

| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |
|---|---|
| | Fdo. Coldino Najera Cera |
| | |

## 8.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | √No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | √Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | √Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | √No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | √No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |
| | | | | Fdo. Coldino Najera Cera |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha 26-02-2026 | De las 7.00 AM | A las 5.00 PM. |
|---|---|---|---|
| Empresa Consorcio. F.P. | | Ciudad Bogotá | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas o Caisson y Fundición de anillos | | |

### 2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DAIRON DAVIDES MENA | 1006077073 | |
| Carlos Mario Rodriguez | 1042455584 | |
| DAIRON MENA | 1077452041 | |
| Wilmer Alvarez | 80277108 | |
| Edwar Valencia Fr | 1042800138 | |

### 4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | N | Gafas | N | Guantes de cuero | N | Botas de caucho | N |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | N | linea de vida | N | Cuerdas | | Mosquetones | N |
| tripode de rescate | | Ochos | N | poleas | | Descendedor | N |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI N NO ___

### 5.- MEDION DE ATMOSFERA

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:40 | 20.9 | | | | | | |
| | Co | 7:40 AM | 0 | | | | | | |
| 26/02/26 | H2S | 7:40 AM | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:40 AM | 0 | | | | | | |

### 6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | N Si | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | N Si | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | N Si | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | N Si | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | N Si | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

### 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS

RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

Observaciones y comentarios

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

### 8.- CIERRE DEL PERMISO

| | | | |
|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | N Si | No | Na |
| los equipos quedan en condiciones seguras | N Si | No | Na |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | N Si | No | Na |

FIRMA EMISOR Y NOMBRE

| | | | |
|---|---|---|---|
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na |
| Observaciones y comentarios | | | |
| | | | |

FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 27-02-26 | De las | 7:00 AM | A las | 5:00 PM. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio PP. | | Ciudad | Buenaventura. | | |
| Actividad a realizar | Excavación de caisson y fundición de anillos. | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| DAIRON PALACIOS MENA | 1076091713 | |
| Carlos Andres | 1041761584 | |
| DENIS PINEDA | 1117617794 | |
| Armando Perlaza OSP | 1117999972 | |
| Elver MOSQUERA | 1076800120 | |
| Jose Palacios | 1078857348 | |
| DAIRON MOYA | 1077457041 | |
| Wilmar Alvarez | 70187108 | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | X | Gafas | X | Guantes de cuero | X | Botas de caucho | X |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | X | linea de vida | X | Cuerdas | X | Mosquetones | X |
| tripode de rescate | | Ochos | | poleas | | Descendedor | X |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI X NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:29 | 21.5 | | | | | | |
| | Co | | 0 | | | | | | |
| 27/02/26 | H2S | | 0 | | | | | | |
| | LEL | | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | X Si | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | X Si | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | X Si | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una línea de vida para la ejecución de los trabajos? | X Si | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | X Si | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

## SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

### Permiso de trabajo en espacios confinados

| 1.- VIGENCIA DEL PERMISO | Fecha | 28-02-26 | De las | 7 | 00 AM | A las | 5:00 PM. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Empresa | Consorcio FP | | Ciudad | | | | |
| Actividad a realizar | Excavación de pilas o caisson y fundición de anillos | | | | | | |

**2.- INFORMACION DE PERSONAL QUE REALIZARA LA ACTIVIDAD**

| Nombre y apellidos | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Dailon Palacios Mena | 1076019703 | |
| Eliecer Moreno | 1078600130 | |
| Armando Palacio | 1175999922 | |
| Jenny Palacio | 71763394 | |
| Jose Palacio | 1078857349 | |
| Carlos Rodriguez | 1042765584 | |
| Daylon Moya | 1077452041 | |
| wilmer alvarez | 70257108 | |
| | | |
| | | |
| | | |

**4.- ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL Y CONTRA CAIDAS REQUERIDOS**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Casco con barbuquejo | ✓ | Gafas | ✓ | Guantes de cuero | ✓ | Botas de caucho | ✓ |
| Otro | | | | | | | |
| Arnes | ✓ | linea de vida | ✓ | Cuerdas | ✓ | Mosquetones | ✓ |
| tripode de rescate | | Ochos | ✓ | poleas | ✓ | Descendedor | ✓ |
| Poleas | | | | | | | |

los EPP y elementos para proteccion personal y proteccion contra caidas han sido revisados y son aptos para el desarrollo de la actividad ? SI ✓ NO ___

**5.- MEDION DE ATMOSFERA**

| | Parametro | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura | hora | Lectura |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Fecha calibracion Explosimetro | Oxigeno | 7:27 | 20.5 | | | | | | |
| | Co | 7:27 | 0 | | | | | | |
| 28/02/26 | H2S | 7:27 | 0 | | | | | | |
| | LEL | 7:27 | 0 | | | | | | |

**6.- OTRAS MEDIDAS DE PREVENCION**

| | | |
|---|---|---|
| ¿Las condiciones y el estado del área de trabajo han sido revisadas antes de iniciar la tarea? | Si ✓ | Na |
| ¿El el medidor de gases reporta mediciones dentro de los parámetros establecidos? | Si ✓ | Na |
| ¿Existe una ventilación general adecuada? | Si ✓ | Na |
| ¿Se ha dispuesto de una linea de vida para la ejecución de los trabajos? | Si ✓ | Na |
| ¿Al personal se le ha instruido en relación a los riesgos que puedan presentarse durante la ejecución de la tarea? | Si ✓ | Na |
| Observaciones y comentarios | | |

| 7.- AUTORIZACIONES Y FIRMAS | |
|---|---|
| RESPONSABLE ENTRADA A ESPACIOS COFINADOS: He verificado en campo con los trabajadores la aplicación del permiso y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo. | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| Observaciones y comentarios | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| 8.- CIERRE DEL PERMISO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| El trabajo ha sido terminado | Si | No | Na | FIRMA EMISOR Y NOMBRE |
| los equipos quedan en condiciones seguras | Si | No | Na | |
| El área queda limpia y libre de desechos y materiales | Si | No | Na | |
| Se ha terminado satisfactoriamente el trabajo | Si | No | Na | |
| El permiso de trabajo ha sido suspendido DEFINITIVAMENTE | Si | No | Na | |
| Observaciones y comentarios | | | | FIRMA SUPERVISOR Y NOMBRE |

| | FORMATOS: PREOPERACIONALES DE EQUIPOS DE EQUIPOS, MAQUINAS Y HERRAMIENTAS CONCRETADORA | Código: FTO-SIG-81 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | | CO |
| ARCHIVOS | PROCESO: (SIG) SISTEMAS INTEGRADOS DE GESTIÓN | Página 1 de 2 |

ON - PROYECTO: Casa de la Cultura Margarita Hurtado.

| CODIGO: | MARCA: | MODELO: | FECHA DE APERTURA Y CIERRE | |
|---|---|---|---|---|
| | | | INICIO | CIERRE |
| | | | 23-02-26 | 25-02-26 |

| CRITERIOS A EVALUAR | FECHA 23 | | FECHA 24 | | FECHA 25 | | FECHA 26 | | FECHA 27 | | FECHA 28 | | FECHA | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
| | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M | B | M |
| CONCRETADORA | | | | | | | | | | | | | | |
| Antes de utilizar el equipo retire accesorios personales tales como: anillos, cadenas, relojes etc. | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El operario cuenta con los elementos de protección personal acordes para la labor (casco, protección auditiva de inserción o copa, gafas o careta, calzado de seguridad, ropa de trabajo, delantal plastico, protección respiratoria, guantes de caucho largos). | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El trabajadora esta capacitado en seguridad del equipo. | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Se verifico que las conexiones electricas esten en buen estado , bien empalmadas. | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El extintor de incendios y apagado esta en buen estado y con correcto funcionamiento ( que al oprimirse el boton el equipo se apague satisfactoriamente). | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | / | | | |
| Cuando se lleva a cabo la tarea de limpieza y mantenimiento al equipo este se encuentra apagado (desconectado de la energia) apagado de extintor y bloqueo. | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | / | | | |
| El cambio de accesorios se hace con el equipo apagado (desconectado de la energia) apagado de extintor y bloqueo. | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | / | | | |
| Se verifica que la superficie sobre la que se llevara a cabo la tarea tambien una buena movilidad con el equipo. | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Los equipos (aditivos, capacidad de apoyo) cumplen con las normas de seguridad y existencia (Cables en buen estado, pasacables libres y en buen estado, luminarias en buen estado, baterias en buen estado). | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Hay coordinacion en la tarea en las personas que cargan y reciben materiales del equipo, coordinación en la entrada y salida de la zona de operación del equipo (cargue y descargue del trompo). | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| El operario y el personal que esta en la zona de operación del equipo evita introducir partes del cuerpo mientras este esta en funcionamiento. | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Verifique que el equipo cuente con las guardas de seguridad en los ejercios de transmisión de fuerza y alimentacion (poleas y engranajes de lo contrario informe a jefe inmediato). | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuando se terminen labores con el equipo este quede en buenas condiciones de orden y aseo. | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Cuando se terminen labores se desconecte el equipo de la energia. | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Este en presencia de redes electricas que interfiera con el desplazamiento sobre la zona de trabajo o area de operación del equipo . si se evidencia informe a jefe inmediato. | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Los personas que ingresa y salen de la zona de operación del equipo hacen uso de los elementos de protección personal(casco, protección auditiva de insercion o copa, gafas o careta, calzado de seguridad, ropa de trabajo, protección respiratoria). | | | | | ↘ | | ↘ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Se cuenta con acopio donde se depositan los residuos generados por el mismo | | | | | ↘ | | ↓ | | ✓ | | ✓ | | | |
| Nombre del Inspector que aplica | | | | | Jaap | | Jaap | | Jaap | | Jaap | | | |



| RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD |
|---|
| ...e los elementos de protección personal establecidos: gafas de seguridad, careta, protección auditiva, guantes de poliuretano o vaqueta, botas de seguridad, protección respiratoria. |
| El cambio del accesorio se debe que realizar con el equipo desconectado de la red eléctrica. |
| Hay que verificar que los accesorios estén en perfecto estado antes de su utilización. |
| Realizar mantenimientos preventivos de estos equipos. |
| Mantener desconectado este equipo de la red eléctrica cuando no se utilice. |
| Deben evitarse o minimizarse las posturas forzadas y los sobreesfuerzos durante el trabajo. |
| Mantener los sitios de trabajo limpios y ordenados. |

| ACCIONES DE MEJORA | | | |
|---|---|---|---|
| ITEM | DESCRIPCION DE LA ACCION ENCONTRADA | PLAN DE ACCION A SEGUIR | RESPONSABLE |
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

| TRABAJADORES AUTORIZADOS | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FIRMAS | NOMBRE | # DOCUMENTO | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
| FIRMA DEL O LOS OPERADORES | Oscar V | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

**ESTA INSPECCION ES REALIZADA POR TODOS LOS COLABORADORES QUE MANIPULEN EL EQUIPO, LAS FIRMAS CERTIFICAN QUE EL EQUIPO SE ENCUENTRA EN CONDICIONES ESTANDARES PARA SU OPERACION**

| | INSPECCIÓN PREOPERACIONAL HERRAMIENTA MENOR | Codigo: SST-FT-033 |
|---|---|---|
| | | Version: 06 |
| | | Fecha: ENERO DE 2025 |

SEMANA DEL 23 AL 28 MES 0 2 PROYECTO: Casa de la cultura Piedecuesta

CONTRATISTA Consorcio FP

B = BUENO M = MALO ACTIVIDAD: Excavación de Rasos

| HERRAMIENTAS | CONCEPTO A REVISAR | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | B | M | N/A | B | M | N/A | B | M | N/A | B | M | N/A | B | M | N/A | B | M | N/A | B | M | N/A |
| Alicates | Aislamiento Mango, engrasamiento tornillo sujeción | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Barras /Barretones | Estado General (mango limpio, sin astillas, punta lisa y afilada) | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Carretilla | Llanta y pasador en buen estado I bien asegurado al armazon. | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| | Mango y platón sin astillas, rasgaduras y limpios | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| | Armazon fuerte y recto, sin rasgaduras ni astillas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cinceles | Cabeza libre de rebabas, no se encuentra achatada, cóncava o poco afilado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Filo de corte redondo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cinta Métrica | Estadodel dispositivo de enrollar / desenrollar | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| | Visibilidad de lasescala de medición | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Destornillador | Mango que nose ha astillado, deteriorado o roto | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Punta que no sea roma, rota o malformada de ajuste perfecto | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Grapas de alineación | Estado General | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Limas | Estado de superficie estriada y del mango | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Llave fijas, mixtas, inglesa | Estado del cuadrante y tornillo sinfin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Estado de muescas de la estrella | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Llave expansiva | Estado de las mordazas desiadas y/o movibles del tornillo sinfil estriado. | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Machete | Estado del mango y la funda | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Martillo | Mango, superficie de contacto libre de rebabosa | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Maseta | Mango, superficie de contacto libre de rebabosa | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Marco de segueta y segueta | Mango estacle sin astillas, dientes buenos, hoja en buen estado | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Pala | Ajuste del ,ango, hoja floja, sin desgarro u orillas rajadas | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Pica /pico | Mango bin astillas, ni rajaduras, cabeza bien asegurada al mango y afilada, en buen estado | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Llana | Su mango esta en buen estado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | No presenta grietas o roturas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bichiroque | Su mango esta en buen estado | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Palustre | Su mango esta en buen estado | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Nivel | Estado General | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Pison | Estado General (Mango bien soldado, pison limpio y sin magayaduras) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Porra o almadana | Mango o cabo libre de astillas, ni rajaduras, cabeza bien asegurada al mango y afilada, en buen estado | | | | | | | ✓ | | | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | |
| Prensas | Estado general | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Serrucho | Mango sin astillas dientes en buen estado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro: | Estado general | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro: | Estado general | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIRMAS | CONTRATISTA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | INSPECTOR SST | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | Doc.: FP-00-HS-FR-02 |
|---|---|---|
| | | Rev. No.: 1 |
| INSPECCIÓN DE BOTIQUINES | | |

**SEDE/PROYECTO/VEHICULO:** casa de la cultura · m · H **CONSECUTIVO:**

**FECHA REALIZACIÓN:** 26-02-2026 **ARCHIVAR EN (Proyecto o Área) :**

**RESPONSABLE:**

| ELEMENTO | CANT. MIN | SI | PARCIAL | NO | N/A | FECHA VENCIMIENTO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Paquetes de gasa | 5 | ✓ | | | | | |
| Curas | 10 | ✓ | | | | | |
| Rollo de micropore | 1 | ✓ | | | | | |
| Solución cloruro 0.9%,agua destilada,agua esteril,suero fisiológico o solución salina | 1 | ✓ | | | | 2027 | |
| Baja lenguas | 4 | ✓ | | | | | |
| Aplicadores | 10 | | | ✓ | | | |
| Apositos oculares | 2 | | | | ✓ | | |
| Vendaje de tela | 1 | ✓ | | | | 2029 | |
| Vendaje elástico | 1 | ✓ | | | | 2028 | |
| Pares de guantes quirúrgicos | 3 | ✓ | | | | 2029 | |
| Tapabocas | 2 | ✓ | | | | | |
| Monogafas | 1 | | | | ✓ | | |
| Tijeras | 1 | ✓ | | | | | |
| Pinzas | 1 | ✓ | | | | | |
| Linterna con pilas | 1 | ✓ | | | | | |
| Juego de inmovilizadores | 1 | ✓ | | | | | |
| Camilla | 1 | ✓ | | | | | |
| Bisturi | 1 | | | ✓ | | | |

**Nota:** Cada botiquín de primeros auxilios deberá contener la dotación establecida en el Instructivo de botiquines y elementos de apoyo para primeros auxilios HMV-00-HS-IT -003

| CONSORCIO SP | FORMATOS PREOPERACIONALES DE EQUIPOS DE EQUIPOS, MAQUINAS Y HERRAMIENTAS COSEADORA | Código: FTO-SIG-01 |
|---|---|---|
| | | Versión: 01 |
| | | CD |
| MACROPROCESO: EVALUATIVOS | PROCESO: (SIG) SISTEMA E INTEGRADOS DE GESTIÓN | Página: 1 de 1 |

| UBICALIZACIÓN - PROYECTO: | Casa de la cultura Margarita Hurtado | | | |
|---|---|---|---|---|
| CODIGO: | MARCA: | MODELO: | FECHA DE APERTURA Y CIERRE | PROPIETARIO: |
| | | | INICIO / CIERRE | |
| D28730-B3 | Dewalt | 2023 01 IN | 23-02-24 / 29-02-24 | |

| CRITERIOS A EVALUAR | LUNES | | MARTES | | MIERCOLES | | JUEVES | | VIERNES | | SABADO | | DOMINGO | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | FECHA: 23 | | FECHA: 24 | | FECHA: 25 | | FECHA: 26 | | FECHA: 27 | | FECHA: 28 | | FECHA: | |
| | S | M | S | M | S | M | S | M | S | M | S | M | S | M |
| FUNCIONAMIENTO | | | | | | | | | | | | | | |
| El equipo estaba en encendido al llegar | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Interruptor de grafito | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Bloqueo del eje | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Mango Auxiliar | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Mango Principal | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Cable de conexión y extensión | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Guardia de seguridad del disco | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Estado general de alimentación | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Cuerpo de sujeción de disco | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Tuerca de ensamblaje | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Tuerca de bloqueo post-corte del disco | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Estado del disco | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| Estado de limpieza del equipo (sin grasa, aceite, polvo) | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| El disco del cortadora se encuentra con deformes, rajaduras, con grietas y desgastes rotos | | | | | ✓ | | ✓ | | ✓ | | | | | |
| FIRMA DE EXPLORA QUE ENTREGA | | | | | | | | | | | | | | |

RECOMENDACIONES GENERALES

Usar los elementos de protección personal establecidos: gafas de seguridad, casco, protección auditiva, guantes de poliestireno o caucho, botas de seguridad, protección respiratoria. SI

El cambio del accesorio se tiene que realizar con el equipo desconectado de la red eléctrica.

Hay que verificar que los accesorios estén en perfecto estado antes de su colocación.

Realizar mantenimientos periódicos de estos equipos.

Mantener desconectado este equipo de la red eléctrica cuando no se utilice.

Cuidar evitar o mantenerse las posturas forzadas y los sobreesfuerzos durante el trabajo.

Mantener las áreas de trabajo limpias y ordenadas.

ACCIONES DE MEJORA

| ITEM | DESCRIPCION DE LA ACCION INCUMPLIDA | PLAN DE ACCION A TOMAR | RESPONSABLE |
|---|---|---|---|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |

TRABAJADORES RESPONSABLES

| FIRMA | NOMBRE | # DOCUMENTO | CARGO | AREA | INICIO | CIERRE | OBSERVACIONES | LUNES | MARTES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FIRMA DEL O LOS OPERADORES | Carlos Ardila | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

ESTA INSPECCION ES REALIZADA POR TODOS LOS COLABORADORES QUE MANIPULEN EL EQUIPO, LAS FIRMAS CERTIFICAN QUE EL EQUIPO SE ENCUENTRA EN CONDICIONES ESTANDARES PARA SU OPERACION

| | CONSORCIO FP NIT: 901899122-7 | Doc: 001<br>Rev: 1<br>Fecha: Febrero de 2026 |
|---|---|---|

## INSPECCION DE MAQUINARIA Y VEHICULOS

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| PROYECTO: | Casa de la Cultura Margarita H | CONTRATISTA: | CONSORCIO FP | Consecutivo: | |
| CONSECUTIVO: | | TRAMO INSPECCIONADO: | | Archivar en (Proyecto o Área): | |
| NOMBRE INSPECTOR: | Jasmin Angulo L. | FECHA DE INSPECCION: | 27-02-2026 | | |

| MAQUINA O VEHICULO | CUMPLIMIENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | % Cumplimiento | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Acceso seguro | Orden y aseo | Cinturon de seguridad | Indicadores en buen estado | Alarma de reversa | Frenos en buen estado | Luces | Tapa tanque de fluidos | Extintor | Botiquin | Equipo de carretera | Kit anti derrames | Retrovisores | Ficha d'posiciones (SISOMA) | Informe preoperacional | Licencia de conduccion | SOAT | Revision tecnico - Mecanica | Tarjeta de propiedad o manifiesto de aduana | | |
| Mini Cargador | Si | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | NO | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | NO | ✓ | ✓ | NO | ✓ | ✓ | NO | NO | ✓ | | |
| Retroexcavadora | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | NO | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | NO | ✓ | NO | NO | ✓ | ✓ | ✓ | NO | ✓ | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TOTAL SEMANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ACCIONES TOMADAS

| No. | ACCION | RESPONSABLE | FECHA EJECUCION | | | FECHA CIERRE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Dia | Mes | Año | Dia | Mes | Año |
| | | | 27 | 02 | 26 | 28 | 02 | 26 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Inspeccion realizada por: Jasmin Angulo L.
Cargo: profesional SST.

C: Conforme NC: No Conforme NA: No aplica
NOTA: Esta es una

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTION | Formato: FP-SG-HS-FR-01 |
|---|---|---|
| | | Rev. No.: 1 |
| | | Fecha: Febrero de 2026 |
| | INSPECCIÓN DE EXTINTORES | |

PROYECTO: Sede de la Cultura Metropolitana Bucaramanga.
Contratista: Consorcio FP | Fecha inicio del proyecto: Febrero 03-26 | Consecutivo: | Archivo de (proyecto o área):
Sede: Bucaramanga. | Elaborado por: Jasmin Angulo S.

| EXTINTOR N° | CLASE EXTINTOR | CAPACIDAD (lbs o kg) | UBICACION | FECHA PROXIMO MANTENIMIENTO | % Cumplimiento | ESTADO: SEÑALIZACION B | SEÑALIZACION M | MANOMETRO B | MANOMETRO M | MANIJA B | MANIJA M | PARADOR B | PARADOR M | ETIQUETA B | ETIQUETA M | SOPORTACION B | SOPORTACION M | PINTURA B | PINTURA M | CILINDRO B | CILINDRO M | OBSERVACIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Multiproposito | 10K | | 25-02-26 | | ↘ | | ↘ | | ↘ | | ↘ | | ↘ | | ↘ | | ↘ | | ↘ | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO TOTAL SEMANA | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| RECORRE TIMPOS | | FECHA EJECUCIÓN | | | FECHA CIERRE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | ACCIÓN | Día | Mes | Año | Día | Mes | Año |
| | | 26 | 02 | 26 | 27 | 02 | 2026 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

B= Bueno
M= Malo
NA: No aplica

RESPONSABLE DE LA INSPECCIÓN: Jasmin Angulo S. Profesional SST

NOTA: Esta es una inspección visual y en ningún momento la exime de inspecciones técnicas o mantenimientos.

*CLASE DE EXTINTOR:
1= SOLKAFLAN
2= MULTIPROPOSITO
3= AGUA A PRESIÓN
4= POLVO QUÍMICO SECO

| | CONSORCIO FP | Código:SST-FT-028 |
|---|---|---|
| | NIT: 901899122-7 | Versión:01 |
| | ANALISIS DE TRABAJO SEGURO | Fecha:02/02/2026 |

FECHA 16-02-2026 – 22-02-2026

LUGAR DONDE SE VA A REALIZA LA ACTIVIDAD: Casa de la cultura Margarita Hurtado.

ACTIVIDAD A REALIZAR: Elaboración de CAISSON

**PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TRABAJO EN ALTURA | X | ESPACIO CONFINADO | X | CALIENTE | |
| ENERGIA PELIGROSAS | | OTRO, CUAL? | | | |

**EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR**

| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | | *Indique cada una de las herramientas a utilizar.* |
|---|---|---|
| Manuales | X | |
| Eléctricas | | |
| Neumáticas | | |
| Hidráulicas | | |
| Mecánicas | | |
| Otras | | |

**ANALISIS DE LA TAREA**

| | |
|---|---|
| ¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos? | Monitoreo constantes, inspecciones, autocuidado, sensibilizaciones. |
| ¿Cuáles son los elementos de protección requeridos? | **Herreria:** Casco, Guantes de vaqueta, botas con puntera, ropa sin huecos, camisa manga larga o mangas.<br>**Perforación:** Casco, Guantes de nitrilo, botas con puntera, ropa sin huecos, camisa manga larga o mangas. |
| ¿Que materiales y recursos van a utilizarse? | Alambre, Hierro, arena, cemento |
| ¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo? | Si, caidas a nivel o distinto nivel. |
| ¿Que otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.) | Se describen en el paso a paso. |

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**

| PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD | PELIGROS ASOCIADOS | CONTROLES Y MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|
| Alistamiento de herramientas y elementos de protección personal | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro |
| Traslado manual de varillas | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| Figurado de varilla | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Ruido:** Hipoacusia, perdida de la audición, cefalea | Epps, autocuidado, monitoreo constante |
| | **Electrico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Epps, Inspeccion preoperacional, estandar seguro de pulidora y troncadora, autocuidado, monitoreo constante |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Fisico:** Material particulado | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |

| | | |
|---|---|---|
| Armado y montaje de cimenta | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Fisico:** Material particulado | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| Excavación Manual | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Caidas de distinto nivel. | Señalizacion de los huecos, con tableros de madera asegurados con hierro |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Electrico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Epps, Inspeccion preoperacional, estudiar seguro de pulidora y trenzadora@autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Fisico:** Ruido | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Quimico:** Manipulación y almacenamiento de sustancias quimicas | Etiquetado de las sustancias quimicas, capacitacion en manejo manipulación adecuada, autocuidado, monitoreo constante |
| Disposición de tierra sobrante | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| Actividade con el Minicargador | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Riesgo mecánico:** pérdida de control por falla del equipo. | Revisar frenos, luces, bocina, llantas, fluidos y controles. |
| | **Riesgo de caída:** desprendimiento de carga o accesorio. | Comprobar estado de cucharón, garra u otro implemento. |
| | **Riesgo de accidente:** errores operacionales o desconocimiento del equipo. | El operador debe estar entrenado y autorizado. |
| | **Riesgo de volcamiento:** inestabilidad o falla del equipo. | No exceder la capacidad máxima del minicargador. |
| | **Riesgo locativo:** volcamiento, atrapamientos o pérdida de estabilidad. | Asegurar piso firme y sin obstáculos. |
| | **Riesgo de atropello:** ingreso de personal a la zona activa. | Delimitar zona de operación y restringir acceso. |
| | **Riesgo de colisión o pérdida de control:** por maniobras bruscas. | Operar a baja velocidad y con precaución. |
| | **Riesgo de atropello:** por no advertir movimiento hacia atrás. | Confirmar funcionamiento de alarma o señal sonora al retroceder. |
| | **Riesgo de atrapamiento o choque:** por falta de coordinación. | Mantener comunicación con señalizador si hay personal cerca. |
| | **Riesgo de desplazamiento involuntario:** equipo mal asegurado. | Detener el equipo en lugar plano, con freno activado. |
| | **Riesgo de caída a distinto nivel:** lesiones por mal descenso. | Usar tres puntos de apoyo y evitar saltar del equipo. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Riesgo de caída:** caida de carga por rotura o falla del elemento. | Revisar estado físico de eslingas y accesorios. |

| | | |
|---|---|---|
| Izaje de canasta | **Riesgo mecánico:** caída o deslizamiento incontrolado de la carga. | Verificar funcionamiento de frenos y controles. |
| | **Riesgo de desprendimiento:** liberación inesperada de la carga. | Determinar puntos seguros de sujeción. |
| | **Riesgo de volcamiento:** inestabilidad de la carga durante el izaje. | Asegurar equilibrio adecuado de la carga. |
| | **Riesgo de falla operativa:** mal funcionamiento del equipo bajo carga. | Ensayar el equipo sin carga antes del uso. |
| | **Riesgo de golpe o atrapamiento:** personas expuestas a la trayectoria de la carga. | Delimitar zona de trabajo y restringir acceso. |
| | **Riesgo locativo:** tropiezos, interferencia con el equipo o caída de objetos. | Retirar obstáculos del entorno del izaje. |
| | **Riesgo eléctrico o de colisión:** contacto con cables o estructuras. | Verificar que no haya riesgos en la zona de trabajo. |
| | **Riesgo de aplastamiento:** caída de carga sobre personal. | Evitar presencia de personas bajo cargas suspendidas. |
| | **Riesgo de impacto grave:** mayor efecto en caso de caída. | Mantener la carga lo más cerca posible del suelo. |
| | **Riesgo de pérdida de control:** desplazamientos peligrosos de la carga. | Ejecutar movimientos controlados y sin brusquedad. |
| | **Riesgo de error humano:** señales confusas o malinterpretadas. | Usar señales o radios con una persona responsable. |
| | **Riesgo de sobrecarga:** falla estructural de los accesorios. | No superar el 80% de capacidad de las eslingas. |
| | **Riesgo de ruptura:** por incompatibilidad o defectos no detectados. | Usar solo elementos certificados y aprobados. |
| Guiador de maniobras en tierra | **Riesgo de maniobras inseguras** por falta de visibilidad. | Mantener contacto visual permanente con el operador. |
| | **Riesgo de atrapamiento** o golpe por equipo en movimiento. | Ubicarse fuera del radio de acción de la carga y el equipo. |
| | **Riesgo de ingreso de personal no autorizado** – riesgo de accidente. | Delimitar y señalizar el área de maniobra. |
| | **Riesgo de caídas**, tropiezos o pérdida de equilibrio. | Asegurar que el área esté libre de obstáculos y materiales sueltos. |
| | **Riesgo de error humano** por señales malinterpretadas. | Conocer y aplicar señales manuales. |
| | **Riesgo de caída a una de las perforaciones** | Ingresar por zonas entre pilotes, pisar firmemente, caminar solo si es necesario<br>Estar entre huecos y mantener línea visual con operador |
| | **Riesgo de atropellamiento** o colisión por retroceso. | No ubicarse en puntos ciegos o detrás del equipo. |
| | **Riesgo de caída a distinto nivel** | Evitar permanecer en bordes, zanjas o desniveles. |
| | **Riesgo de errores por sobreesfuerzo** o agotamiento físico. | Realizar pausas activas. |
| | **Riesgo de electrocución** por contacto con equipo o carga elevada. | Verificar que no haya líneas eléctricas en la zona. |
| | **Riesgo de accidente** por falta de planificación de la tarea. | Coordinar la maniobra previamente con el operador. |
| Fundición de anillos o camisas | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes. | Epps. Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caídas a nivel, caídal de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Caídas de distinto nivel. | Señalizacion de los huecos, con tableros de madera asegurados con hierro |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Electrico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Epps. Inspeccion preoperacional, estandar seguro de pulidora y taladradora, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro |
| | **Físico:** Ruido | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |

| | | |
|---|---|---|
| | **Químico:** Manipulación y almacenamiento de sustancias químicas | Etiquetado de las sustancias químicas, capacitacion en manejo manipulación adecuada, autocuidado, monitoreo constante |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, hinundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciónes, autocuidado, monitoreo constante. |

**EVALUACION DEL RIESGO**

*¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?*

- [x] Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- [ ] No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos

*¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?*

- [x] Si, proceda con la tarea.
- [ ] No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

| Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor) | Firma |
|---|---|
| DALTON PALACIOS MENA | [firma] |
| Carlos Mario Mosquera | Carlos Mosq |
| [firma] | [firma] |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Nombre y Cedula de Encargado SST | Firma |
|---|---|
| Jasmin Angulo S - cc# 66789420 | [firma] |

| | |
|---|---|
| REVISÓ: PROFESIONAL SST | APROBÓ: REPRESENTANTE LEGAL |
| UBICACIÓN ARCHIVO: DRIVE/CIMENTATECN\SG-SST\SOPORTES | TIEMPO DE RETENCIÓN: 20 AÑOS |

| | CONSORCIO FP | Código:SST-FT-028 |
|---|---|---|
| | NIT: 901899122-7 | Versión:01 |
| | ANALISIS DE TRABAJO SEGURO | Fecha:02/02/2026 |

FECHA 17-18-02-2026 Hasta. 22-02-2026

LUGAR DONDE SE VA A REALIZA LA ACTIVIDAD:

ACTIVIDAD A REALIZAR: Elaboración de CAISSON

| PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| TRABAJO EN ALTURA | X | ESPACIO CONFINADO | X | CALIENTE | X |
| ENERGIA PELIGROSAS | | OTRO, CUAL? | | | |

| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR | | |
|---|---|---|
| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | | *Indique cada una de las herramientas a utilizar.* |
| Manuales | X | |
| Eléctricas | X | |
| Neumáticas | | |
| Hidráulicas | X | |
| Mecánicas | | |
| Otras | | |

| ANALISIS DE LA TAREA | |
|---|---|
| ¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos? | Monitoreo constantes, inspecciones, autocuidado, sensibilizaciones. |
| ¿Cuáles son los elementos de protección requeridos? | **Herreria:** Casco, Guantes de vaqueta, botas con puntera, ropa sin huecos, camisa manga larga o mangas.<br>**Perforación:** Casco, Guantes de nitrilo, botas con puntera, ropa sin huecos, camisa manga larga o mangas. |
| ¿Qué materiales y recursos van a utilizarse? | Alambre, Hierro, arena, cemento |
| ¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo? | Si, caidas a nivel o distinto nivel. |
| ¿Que otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.) | Se describen en el paso a paso. |

| DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD | | |
|---|---|---|
| PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD | PELIGROS ASOCIADOS | CONTROLES Y MEDIDAS PREVENTIVAS |
| Alistamiento de herramientas y elementos de protección personal | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro |
| Traslado manual de varillas | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| Figurado de varilla | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Ruido:** Hiposcusia, perdida de la audición, cefalea. | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Electrico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Epps, Inspeccion preoperacional, estandar seguro de pulidora y trozadora, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Fisico:** Material particulado | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |

| | | |
|---|---|---|
| Armado y montre de canasta | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Fisico:** Material particulado | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| Excavación Manual | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Caidas de distinto nivel | Señalizacion de los huecos, con tableros de madera asegurados con hierro |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Electrico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Epps, Inspeccion preoperacional, estandar seguro de pulidora y trozadora, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, hinundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Fisico:** Ruido | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Quimico:** Manipulación y almacenamiento de sustancias quimicas | Etiquetado de las sustancias químicas, capacitacion en manejo manipulación adecuada, autocuidado, monitoreo constante |
| Disposición de tierra sobrante | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspeccion preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, hinundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| Actividade con el Minicargador | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspeccion preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, hinundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Riesgo mecánico:** pérdida de control por falla del equipo. | Revisar frenos, luces, bocina, llantas, fluidos y controles. |
| | **Riesgo de caída:** desprendimiento de carga o accesorio. | Comprobar estado de cucharón, garra u otro implemento. |
| | **Riesgo de accidente:** errores operacionales o desconocimiento del equipo. | El operador debe estar entrenado y autorizado. |
| | **Riesgo de volcamiento:** inestabilidad o falla del equipo. | No exceder la capacidad máxima del minicargador. |
| | **Riesgo locativo:** volcamiento, atrapamientos o pérdida de estabilidad. | Asegurar piso firme y sin obstáculos. |
| | **Riesgo de atropello:** ingreso de personal a la zona activa. | Delimitar zona de operación y restringir acceso. |
| | **Riesgo de colisión o pérdida de control:** por maniobras bruscas. | Operar a baja velocidad y con precaución. |
| | **Riesgo de atropello:** por no advertir movimiento hacia atrás. | Confirmar funcionamiento de alarma o señal sonora al retroceder. |
| | **Riesgo de atrapamiento o choque:** por falta de coordinación. | Mantener comunicación con señalizador si hay personal cerca. |
| | **Riesgo de desplazamiento involuntario:** equipo mal asegurado. | Detener el equipo en lugar plano, con freno activado. |
| | **Riesgo de caída a distinto nivel:** lesiones por mal descenso. | Usar tres puntos de apoyo y evitar saltar del equipo. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspeccion preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, hinundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Riesgo de caída:** caída de carga por rotura o falla del elemento. | Revisar estado físico de eslingas y accesorios. |

| | | |
|---|---|---|
| Izaje de canasta | **Riesgo mecánico:** caída o deslizamiento incontrolado de la carga. | Verificar funcionamiento de frenos y controles. |
| | **Riesgo de desprendimiento:** liberación inesperada de la carga. | Determinar puntos seguros de sujeción. |
| | **Riesgo de volcamiento:** inestabilidad de la carga durante el izaje. | Asegurar equilibrio adecuado de la carga. |
| | **Riesgo de falla operativa:** mal funcionamiento del equipo bajo carga. | Ensayar el equipo sin carga antes del uso. |
| | **Riesgo de golpe o atrapamiento:** personas expuestas a la trayectoria de la carga. | Delimitar zona de trabajo y restringir acceso. |
| | **Riesgo locativo:** tropiezos, interferencia con el equipo o caída de objetos. | Retirar obstáculos del entorno del izaje. |
| | **Riesgo eléctrico o de colisión:** contacto con cables o estructuras. | Verificar que no haya riesgos en la zona de trabajo. |
| | **Riesgo de aplastamiento:** caída de carga sobre personal. | Evitar presencia de personas bajo cargas suspendidas. |
| | **Riesgo de impacto grave:** mayor efecto en caso de caída. | Mantener la carga lo más cerca posible del suelo. |
| | **Riesgo de pérdida de control:** desplazamientos peligrosos de la carga. | Ejecutar movimientos controlados y sin brusquedad. |
| | **Riesgo de error humano:** señales confusas o malinterpretadas. | Usar señales o radios con una persona responsable. |
| | **Riesgo de sobrecarga:** falla estructural de los accesorios. | No superar el 80% de capacidad de las eslingas. |
| | **Riesgo de ruptura:** por incompatibilidad o defectos no detectados. | Usar solo elementos certificados y apropiados. |
| Guiador de maniobras en tierra | **Riesgo de maniobras inseguras** por falta de visibilidad. | Mantener contacto visual permanente con el operador. |
| | **Riesgo de atrapamiento** o golpe por equipo en movimiento. | Ubicarse fuera del radio de acción de la carga y el equipo. |
| | **Riesgo de ingreso de personal no autorizado** – riesgo de accidente. | Delimitar y señalizar el área de maniobra. |
| | **Riesgo de caídas**, tropezos o pérdida de equilibrio. | Asegurar que el área esté libre de obstáculos y materiales sueltos. |
| | **Riesgo de error humano** por señales malinterpretadas. | Conocer y aplicar señales manuales. |
| | **Riesgo de caída a una de las perforaciones.** | Ingresar por zonas entre pilotes, pisar firmemente, caminar solo si es necesario<br>Estar entre huecos y mantener línea visual con operador |
| | **Riesgo de atropellamiento** o colisión por retroceso. | No ubicarse en puntos ciegos o detrás del equipo. |
| | **Riesgo de caída a distinto nivel.** | Evitar permanecer en bordes, zanjas o desniveles. |
| | **Riesgo de errores por sobreesfuerzo** o agotamiento físico. | Realizar pausas activas. |
| | **Riesgo de electrocución** por contacto con equipo o carga elevada. | Verificar que no haya líneas eléctricas en la zona. |
| | **Riesgo de accidente** por falta de planificación de la tarea. | Coordinar la maniobra previamente con el operador. |
| Fundición de anillos o camisas | **Mecanico:** Punzones. Laceraciones, golpes. | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Caidas de distinto nivel. | Señalizacion de los huecos, con tableros de madera asegurados con hierro. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular. | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Electrico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular. | Epps, Inspeccion preoperacional, estandar seguro de pulidora y troncadora, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval. | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Fisica:** Ruido. | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |

| | | |
|---|---|---|
| | **Quimico:** Manipulación y almacenamiento de sustancias quimicas. | Etiquetado de las sustancias quimicas, capacitacion en manejo manipulación adecuada, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval. | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |

**EVALUACION DEL RIESGO**

*¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?*

- [x] Si, desérgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.
- [ ] No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

*¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?*

- [x] Si, proceda con la tarea.
- [ ] No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

| Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutor) | Firma |
|---|---|
| Armando Moreno Pulgo | |
| Jose Palacios Pitero | |
| Carlos Mario Rodriguez Mena | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| **Nombre y Cedula de Encargado SST** | **Firma** |
| Jasmin Angulo Londoño 66773420 | |

| | |
|---|---|
| REVISÓ: PROFESIONAL SST | APROBÓ: REPRESENTANTE LEGAL |
| UBICACIÓN ARCHIVO: DRIVE/CIMENTATECH/SG-SST/SOPORTES | TIEMPO DE RETENCIÓN: 20 AÑOS |

| | CONSORCIO FP | Código:SST-FT-028 |
|---|---|---|
| | NIT: 901899122-7 | Versión:01 |
| | ANALISIS DE TRABAJO SEGURO | Fecha:02/02/2026 |

FECHA 23-02-2026

LUGAR DONDE SE VA A REALIZA LA ACTIVIDAD: Casa de la Cultura-Mapagaita hentgo-

ACTIVIDAD A REALIZAR: Elaboración de CAISSON, corte de varilla, mezcla de concreto.

**PARA ESTE TRABAJO SE REQUIERE PERMISO DE:**

| | | |
|---|---|---|
| TRABAJO EN ALTURA | ESPACIO CONFINADO | CALIENTE |
| ENERGIA PELIGROSAS | OTRO, CUAL? | |

**EQUIPOS Y HERRAMIENTAS A UTILIZAR**

| EQUIPOS Y HERRAMIENTAS | | *Indique cada una de las herramientas a utilizar.* |
|---|---|---|
| Manuales | N | machetes, flexometro, martillo. |
| Eléctricos | | |
| Neumáticas | | |
| Hidráulicas | | |
| Mecánicas | | |
| Otras | | |

**ANALISIS DE LA TAREA**

| | |
|---|---|
| ¿Cuáles son los sistemas de prevención y protección requeridos? | Monitoreo constantes, inspecciones, autocuidado, sensibilizaciones. |
| ¿Cuáles son los elementos de protección requeridos? | **Herrería:** Casco, Guantes de vaqueta, botas con punteras, ropa sin huecos, camisa manga larga o mangas.<br>**Perforación:** Casco, Guantes de nitrilo, botas con punteras, ropa sin huecos, camisa manga larga o mangas. |
| ¿Qué materiales y recursos van a utilizarse? | Alambre, Hierro, arena, cemento |
| ¿Hay peligro de resbalar o tropezar alrededor del área de trabajo? | Si, caidas a nivel o distinto nivel. |
| ¿Qué otros peligros hay en el lugar de trabajo? (chispas, electricidad, químicos, superficie resbaladiza, superficies calientes, objetos filosos, cargas pesadas, etc.) | Se describen en el paso a paso. |

**DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD**

| PASO A PASO DE LA ACTIVIDAD | PELIGROS ASOCIADOS | CONTROLES Y MEDIDAS PREVENTIVAS |
|---|---|---|
| Alistamiento de herramientas y elementos de protección personal | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caídas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciónes, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, himundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro |
| Traslado manual de varillas | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caídas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciónes, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, himundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| Figurado de varilla | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimientos seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caídas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciónes, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Ruido:** Hipoacusia, perdida de la audición, cefalea. | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Electrico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Epps, Inspeccion preoperacional, estandar seguro de pulidora y troncadora, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, himundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Fisico:** Material particulado | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |

| | | |
|---|---|---|
| Arranque y apagado de consola | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Fisico:** Material particulado | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| Excavación Manual | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Caidas de distinto nivel. | Señalizacion de los huecos, con tableros de madera asegurados con hierro |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Electrico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Epps, Inspeccion preoperacional, estander seguro de pulidora y tronzadora, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, hinundación, vendaval | Socializacion de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Fisico:** Ruido | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Quimico:** Manipulación y almacenamiento de sustancias químicas | Etiquetado de las sustancias químicas, capacitacion en manejo manipulación adecuada, autocuidado, monitoreo constante |
| Disposición de tierra sobrante | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, hinundación, vendaval | Socializacion de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| Actividade con el Minicargador | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, hinundación, vendaval | Socializacion de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Riesgo mecánico:** pérdida de control por falla del equipo. | Revisar frenos, luces, bocina, llantas, fluidos y controles. |
| | **Riesgo de caída:** desprendimiento de carga o accesorio. | Comprobar estado de cucharón, garra o otro implemento. |
| | **Riesgo de accidente:** errores operacionales o desconocimiento del equipo. | El operador debe estar entrenado y autorizado. |
| | **Riesgo de volcamiento:** inestabilidad o falla del equipo. | No exceder la capacidad máxima del minicargador. |
| | **Riesgo locativo:** volcamiento, atrapamientos o pérdida de estabilidad. | Asegurar piso firme y sin obstáculos. |
| | **Riesgo de atropello:** ingreso de personal a la zona activa. | Delimitar zona de operación y restringir acceso. |
| | **Riesgo de colisión o pérdida de control:** por maniobras bruscas. | Operar a baja velocidad y con precaución. |
| | **Riesgo de atropello:** por no advertir movimiento hacia atrás. | Confirmar funcionamiento de alarma o señal sonora al retroceder. |
| | **Riesgo de atrapamiento o choque:** por falta de coordinación. | Mantener comunicación con señalizador si hay personal cerca. |
| | **Riesgo de desplazamiento involuntario:** equipo mal asegurado. | Detener el equipo en lugar plano, con freno activado. |
| | **Riesgo de caída a distinto nivel:** lesiones por mal descenso. | Usar tres puntos de apoyo y evitar saltar del equipo. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, hinundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Riesgo de caída:** caída de carga por rotura o falla del elemento. | Revisar estado físico de eslingas y accesorios. |
| | **Riesgo mecánico:** caída o deslizamiento incontrolado de la carga. | Verificar funcionamiento de frenos y controles. |
| | **Riesgo de desprendimiento:** liberación inesperada de la carga. | Determinar puntos seguros de sujeción. |

| | | |
|---|---|---|
| Izaje de canasta | **Riesgo de volcamiento:** inestabilidad de la carga durante el izaje | Asegurar equilibrio adecuado de la carga. |
| | **Riesgo de falla operativa:** mal funcionamiento del equipo bajo carga. | Inspeccionar el equipo sin carga antes del uso. |
| | **Riesgo de golpe o atrapamiento:** personas expuestas a la trayectoria de la carga. | Delimitar zona de trabajo y restringir acceso. |
| | **Riesgo locativo:** tropiezos, interferencia con el equipo o caída de objetos. | Retirar obstáculos del entorno del izaje. |
| | **Riesgo eléctrico o de enlisión:** contacto con cables o estructuras. | Verificar que no haya riesgos en la zona de trabajo. |
| | **Riesgo de apilamiento:** caída de carga sobre personal. | Evitar presencia de personas bajo cargas suspendidas. |
| | **Riesgo de impacto grave:** mayor efecto en caso de caída. | Mantener la carga lo más cerca posible del suelo. |
| | **Riesgo de pérdida de control:** desplazamientos peligrosos de la carga. | Ejecutar movimientos controlados y sin brusquedad. |
| | **Riesgo de error humano:** señales confusas o malinterpretadas. | Usar señales o radios con una persona responsable. |
| | **Riesgo de sobrecarga:** falla estructural de los accesorios. | No superar el 80% de capacidad de las eslingas. |
| | **Riesgo de ruptura:** por incompatibilidad o defectos no detectados. | Usar solo elementos certificados y apropiados. |
| Guiador de maniobras en tierra | **Riesgo de maniobras inseguras** por falta de visibilidad | Mantener contacto visual permanente con el operador |
| | **Riesgo de atrapamiento** o golpe por equipo en movimiento | Ubicarse fuera del radio de acción de la carga y el equipo |
| | **Riesgo de** Ingreso de personal **no autorizado** – riesgo de accidente | Definir y señalizar el área de maniobra |
| | **Riesgo de caídas**, tropiezos o pérdida de equilibrio | Asegurar que el área este libre de obstáculos y materiales sueltos |
| | **Riesgo de error humano por señales malinterpretadas** | Conocer y aplicar señales manuales. |
| | **Riesgo de caída a una de las perforaciones** | Ingresar por zonas entre pilotes, pisar firmemente, caminar solo si es necesario<br>Estar entre huecos y mantener linea visual con operador |
| | **Riesgo de atropellamiento** o colisión por retroceso | No ubicarse en puntos ciegos o detrás del equipo |
| | **Riesgo de caída a distinto nivel** | Evitar permanecer en bordes, zanjas o desniveles |
| | **Riesgo de errores por sobreesfuerzo** o agotamiento físico | Realizar pausas activas |
| | **Riesgo de electrocución** por contacto con equipo o carga elevada | Verificar que no haya líneas eléctricas en la zona |
| | **Riesgo de accidente** por falta de planificación de la tarea | Coordinar la maniobra previamente con el operador |
| Fundición de anillos o camisas | **Mecanico:** Punzones, Laceraciones, golpes | Epps, Inspección preoperacional, procedimiento seguros, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Locativo:** Orden y aseo, caidas a nivel, caidad de objetos, terreno irregular | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante |
| | **Locativo:** Caidas de distinto nivel. | Señalizacion de los huecos, con tableros de madera asegurados con hierro |
| | **Biomecanico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Monitoreo constante, pausas activas, alternar postura, capacitar en higine del trabajo, capacitar en manejo de cargas. |
| | **Electrico:** Sobre esfuerzo, manipulacion de cargas. Contraccion muscular | Epps, Inspeccion preoperacional, entregar seguro de pulidora y troncadora, autocuidado, monitoreo constante. |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Fisico:** Ruido | Epps, autocuidado, monitoreo constante. |

| | | |
|---|---|---|
| | **Químicos:** Manipulación y almacenamiento de sustancias químicas | Etiquetado de las sustancias químicas, capacitacion en manejo manipulación adecuada, autocuidado, monitoreo constante |
| | **Naturales:** Sismo, terremoto, inundación, vendaval | Socialización de plan de emergencia, identificación de punto de encuentro. |
| | **Locativos:** Orden y aseo, caídas a nivel, caídas de objetos, terreno irregular. | Inspecciones, autocuidado, monitoreo constante. |

**EVALUACION DEL RIESGO**

***¿Es posible, probable o casi-seguro que ocurra un incidente?***

■ Si, deténgase y no proceda con la tarea. Analice con el supervisor encargado el paso a paso, revisen controles y responda la siguiente pregunta.

☐ No, continúe con la tarea con precaución, implemente los controles establecidos.

***¿Es seguro proceder ahora en la tarea con los controles adicionales?***

■ Si, proceda con la tarea.

☐ No, consulte al supervisor antes de tomar cualquier decisión.

| Nombre y Cedula de los trabajadores (Ejecutar) | Firma |
|---|---|
| Eliecer Moreno Palacios | Eliecer M. |
| Jesus Diaz | Jesus Diaz |
| DAILON PALACIOS MENA | |
| Carlos Rodriguez | Carlos |
| Oscar Zuñiga Cuadra | |
| DAILON ERNESTO MOYA MENA | |
| Wilmar Alvarez | Wilmar |
| Jose Penalosa | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Nombre y Cedula de Encargado SST | Firma |
|---|---|
| Delvy Carolina B. | Delvy C. |

| | |
|---|---|
| REVISO: PROFESIONAL SST | APROBÓ: REPRESENTANTE LEGAL |
| UBICACIÓN ARCHIVO: DRIVE/CIMENTATECNI/SG-SST/SOPORTES | TIEMPO DE RETENCION: 20 AÑOS |

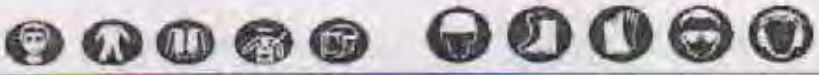
| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X" según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos, |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición, virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionicante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, asaltos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protacción personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a este no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo.

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar.

Juan Carlos Gomez D identificado con la Cédula de Ciudadanía No 1672978 de Bituima

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 11 de 02-2026 en la ciudad de Bituima

VoBo Residente SST-MA

Firma del Notificado C.C. 1672978 Bitu

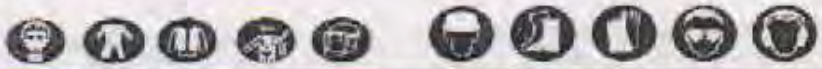
| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-017 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | Notificación de Riesgo | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

*ACCIONES PREVENTIVAS NOTIFICACIÓN DE RIESGOS*

*PARA:* | *CONTRATO:* 4335-2024

**Descripción:** A continuación, se le notifica los riesgos a los cuales se encuentra expuesto relacionados con su cargo, ya sea profesional, ingeniero, inspector, coordinador, residente, director, apoyo, maestro, oficial, ayudante, operario, entre otros.

**Elementos de protección personal:** De acuerdo al cargo: (marque con una "X", según corresponda)



**Riesgos existentes:**

| | | | |
|---|---|---|---|
| X | Mecánico: Atrapamiento, machucones, cortes heridas amputaciones | X | Químico: Material particulado, humos metálicos, no metálicos, fibras, gases y vapores, polvos orgánicos e inorgánicos. |
| X | Locativos: Golpes, caída desde alturas, terrenos inestables, excavaciones | X | Biológico animales y residuos en descomposición virus bacterias, hongos, parásitos, picaduras, mordeduras. |
| | | X | Biomecánico: Posturas inadecuadas, Sobreesfuerzos |
| X | Físico: Ruido, Radiaciones no ionizante | X | Eléctrico: Redes de energía eléctrica |
| X | Seguridad: Intervención de vías | X | Psicosociales: Turnos |
| X | Riesgo Público, robos, atracos, atentados, asaltos | X | Fenómenos naturales, sismo, terremoto, vendaval, inundación derrumbe |

**Acciones preventivas:**

- Señalizar las áreas antes y al finalizar la jornada, con el fin de no afectar y asegurar el paso peatonal y vehicular
- Mantener el área de trabajo ordenada para evitar accidentes e incidentes
- La operación de equipos y maquinaria menor debe estar a cargo de personal que conoce su funcionamiento
- Tanto la herramienta como los materiales deben estar a la vista de los trabajadores para evitar el robo de los mismos, además de obstaculizar el paso peatonal donde se han determinado
- Cuando una excavación sea de una profundidad superior a 1.50 m, y dependiendo de las condiciones del terreno. Se debe colocar el entibado correspondiente
- Está prohibido tener combustibles en el frente de obra
- Por seguridad el personal debe usar los elementos de protección dentro de la excavación, Los elementos de protección personal son de uso obligatorio mientras se realiza la actividad correspondiente. Dar el uso adecuado a los elementos de protección personal asignado para el cargo. Cambiar periódicamente los protectores respiratorios.
- Tener presente las normas de seguridad, de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia
- Tomar las medidas preventivas cuando haya paso de peatones. Garantizar las condiciones locativas de obra
- Mantener en perfecto orden, aseo y limpieza los frentes de obra.
- Se debe prestar especial atención a la existencia de redes de acueducto, alcantarillado, gas y energía, con el fin de dar el manejo correspondiente para evitar cualquier tipo de accidente y/o daño, en caso de rotura seguir el procedimiento correspondiente.
- Se prohíbe fumar en los frentes de obra.
- Tanto el personal de obra como ajeno a esta no deben sentarse o ubicarse en los bordes de la excavación.
- Reportar oportunamente cualquier accidente o incidente de trabajo
- Identificar la señalización preventiva y de seguridad existente dentro de la obra
- Es obligatorio portar dentro de la obra el carné de la ARL, EPS, la Cédula de Ciudadanía
- Cumplimiento de las recomendaciones del protocolo de Bioseguridad.

**Notificación al Derecho de examen de egreso** Teniendo en cuenta la resolución 2346 de 2017 en su "artículo 6. evaluaciones medicas ocupacionales de egreso", la organización le informa que a partir de la fecha de terminación de contrato cuenta con 5 días para la realización del examen médico de egreso en la IPS autorizada así mismo se contempla el código sustantivo del trabajo artículo 57, numeral 7 se considera que el trabajador, por su culpa, elude, dificulta o dilata el examen, cuando transcurrido cinco (5) días a partir de su retiro no se presenta donde el médico respectivo para la práctica del examen, a pesar de haber recibido la orden correspondiente, dicho lo anterior si el trabajador no se presenta al examen dentro del tiempo estipulado se entenderá como renuncia al mismo

Nota: las acciones preventivas pueden variar de acuerdo al cargo a desempeñar

Yo Jaime Cercedo obando identificado con la Cédula de Ciudadanía No. 14477994 de B/ventura

Conozco y acepto la presente **NOTIFICACIÓN DE RIESGOS**, la cual se firma el día 11 de Febrero en la ciudad de B/ventura

VoBo Residente SST-MA

Jaime Cercedo
Firma del Notificado C.C 14 477994

| CONSORCIO FP | SISTEMA DE GESTIÓN | SST-FT-07 |
|---|---|---|
| | | Versión: 00 |
| | POLITICA DE CONVIVENCIA LABORAL | Enero de 2025 |
| | | Página 1 de 1 |

Es política de **CONSORCIO FP,** brindar un ambiente de trabajo sano y seguro basado en lineamientos de cordialidad, igualdad, no discriminación, confianza y respeto, que ayuden a fortalecer las relaciones intralaborales y extralaborales dentro de la organización a través de la aplicación de diferentes métodos que ayuden a minimizar los factores de riesgo psicosocial ocasionados por conductas humanas.

De igual manera la alta dirección de la compañía, busca a través de esta política y de la conformación y funcionamiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, del Comité de Convivencia Laboral, la prevención de las conductas de acoso laboral y la aparición de factores de riesgo psicosociales, con el fin de garantizar calidad de vida y conciencia colectiva en las cuales se involucren:

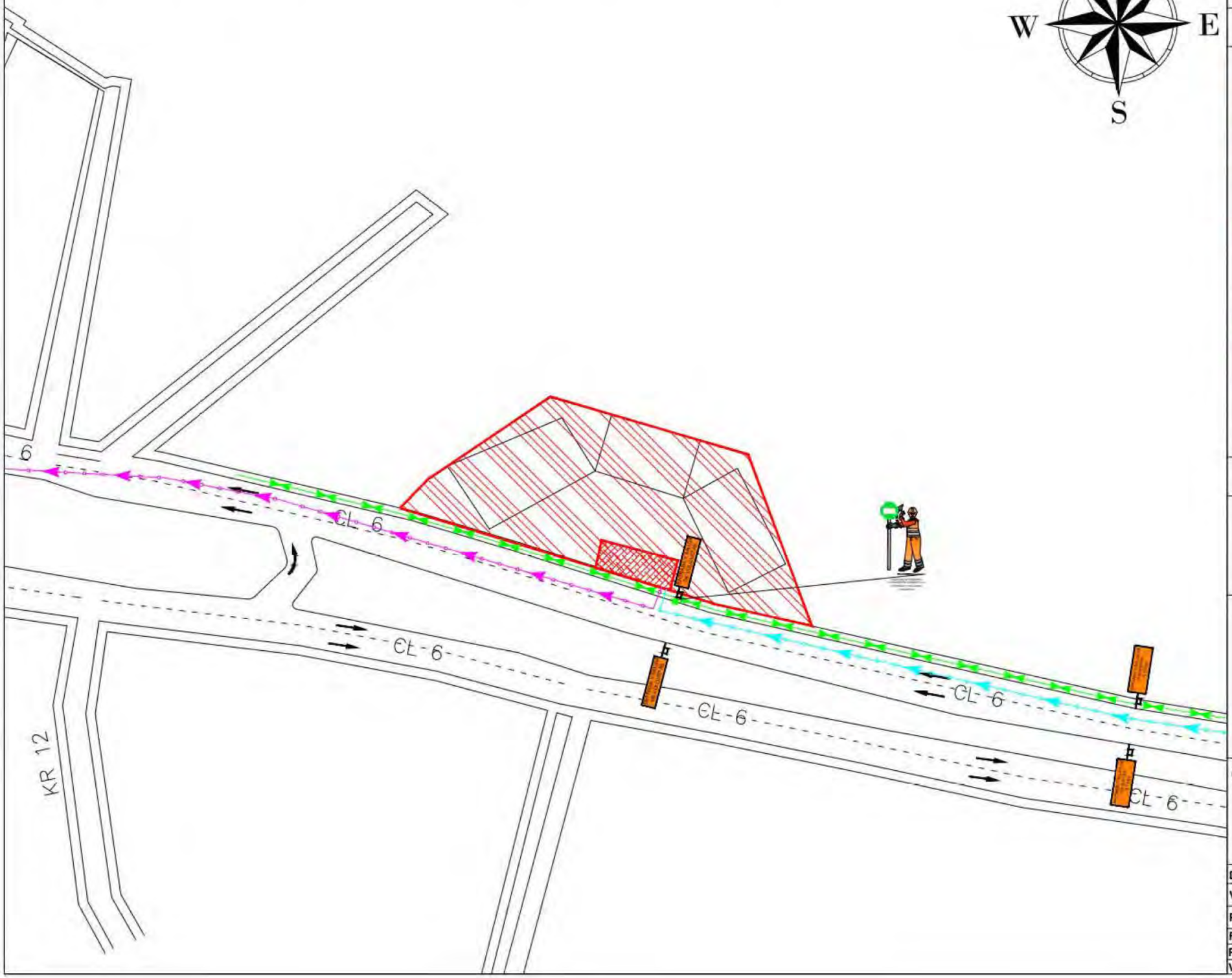
- Condiciones dignas y justas de trabajo.
- Efectividad en los estilos de dirección.
- Relaciones humanas e integración social.
- Canales de comunicación efectivos y asertivos.
- Trabajo en equipo de acuerdo a las áreas establecidas.
- Aplicación del instrumento para riesgo psicosocial.

Estos mecanismos ayudaran a la definición, prevención y corrección de todos los riesgos psicosociales derivados de las relaciones intralaborales y extralaborales, garantizando así la intimidad, honra, la salud mental y la libertad de las personas actuando en concordancia con la normatividad vigente aplicable.

Firmada en Bogotá D.C. el 20 enero de 2025 publíquese y cúmplase.

Carlos Mauricio Botón Gómez
**Representante Legal.**
**C.C.** 80.724.186

# COMPLEJO CASA DE LA CULTURA MARGARITA HURTADO




## PLAN DE MANEJO DE TRANSITO

| CIUDAD: | DEPARTAMENTO: |
|---|---|
| BUENAVENTURA | VALLE DEL CAUCA |

## CONVENCIONES

- ENTRADA Y SALIDA DE VOLQUETAS A 100m — ENTRADA Y SALIDA DE VOLQUETAS A 100m
- ENTRADA Y SALIDA DE VOLQUETAS — ENTRADA Y SALIDA DE VOLQUETAS
- ZONA DE OBRA SOLICITADA
- SEÑALIZACIÓN ZONA DE OBRA SOLICITADA
- TRANSITO PEATONAL
- SALIDA DE VOLQUETAS
- ENTRADA DE VOLQUETAS

## OBJETO DEL CONTRATO

EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA.

| CONTRATANTE: | CONTRATISTA: |
|---|---|
| Alcaldía Distrital de Buenaventura | CONSORCIO FP |

CONSULTOR:

OBRAS Y PROYECTOS S.A.S.

DIBUJÓ: SANTIAGO MOSCOSO MUÑOZ

VERIFICÓ: ING. DAYRON CARO

PRESENTÓ:

FECHA: FEBRERO 2026

PLANO N°: 1 DE 1

VERSIÓN: 0

Powered by CamScanner

| | ESTABLECIMIENTO PÚBLICO AMBIENTAL DISTRITO DE BUENAVENTURA<br>EPA<br>NIT: 900.816.913-7 | |
|---|---|---|
| DISTRITO ESPECIAL DE BUENAVENTURA epa BUENAVENTURA | HOJA DE RESPUESTAS | |
| Código:FT-PL-004 | Versión: 001 | Fecha de actualización: 08/07/2025<br>Página 1 de 1 |

**CERTIFICADO DE ASIGNACIÓN DE PIN – RCD**

El Establecimiento Público Ambiental EPA Buenaventura certifica que:

**Nombre / Razón social:** Consorcio FP

**Identificación NIT:** 901899122-7

**Tipo de actor:** Generador

Se encuentra debidamente inscrito y se le ha asignado el siguiente:

**PIN RCD:** 90241

El cual deberá ser utilizado para el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con la gestión integral de Residuos de Construcción y Demolición, conforme a la Resolución 0472 de 2017.

Se expide en Buenaventura, a los Cuatro (4) días del mes de febrero de 2026.

**Firma autorización:**

2026-020-000019-9
2026-02-05 15:31 Us VENTANILLA
Destino: Secretaria General,
Rem/Des : CONSORCIO FP
Asunto: CERTIFICACION DE ASI

ESTABLECIMIENTO PUBLICO AMBIENTAL
*202602000001991*

**JORGE ENRIQUE GUTIERREZ LEMOS**
Subdirector de Control y Vigilancia
Establecimiento Público Ambiental EPA Buenaventura

**ACUERDO DE ADMINISTRACIÓN DEL PREDIO PARADOR PACÍFICO COMO SITIO DE DISPOSICIÓN FINAL DE RCD, AUTORIZADO A TRAVÉS DE LA RESOLUCIÓN EPA No. 2023 - 409 DEL 31 DE OCTUBRE DE 2023, SUSCRITO ENTRE CIRCULARITY SAS Y LUIS FERNANDO GOMEZ CANO No. CIR-2025- 002**

Entre los suscritos a saber por una parte, **DEIMERSON PINO GONZALEZ**, mayor de edad, vecino del municipio de Quibdó, identificado con cédula de ciudadanía No. **12.021.061**, quien obra en representación legal de la empresa **CIRCULARITY SAS.**, empresa debidamente constituida, con domicilio en la ciudad de Buenaventura (Valle del Cauca) e identificada con **Nit 901729676 -7** quien para efectos de este acuerdo se denominará **EL ADMINISTRADOR** , y por la otra, **LUIS FERNANDO GOMEZ CANO** identificado con la cédula de ciudadanía No. **1.111.742.417** de Buenaventura, quien en adelante y para todos los efectos legales se denominará **EL PROPIETARIO** y conjuntamente "LAS PARTES" convienen en celebrar el presente **ACUERDO DE ADMINISTRACIÓN DEL PREDIO PARADOR PACÍFICO COMO SITIO DE DISPOSICIÓN FINAL DE RCD, AUTORIZADO A TRAVÉS DE LA RESOLUCIÓN EPA No. 2023 - 409 DEL 31 DE OCTUBRE DE 2023** que se rige en lo particular por las siguientes cláusulas y en lo general por los lineamientos ambientales establecidos en la resolución 0472 del 2017, modificada por la resolución 1257 del 2021, emitida por el ministerio de ambiente y desarrollo sostenible, previo las siguientes consideraciones:

1. Que en la actualidad **EL PROPIETARIO**, en virtud de la resolución **2023 - 409 DEL 31 DE OCTUBRE DE 2023**, proferida por **EL ESTABLECIMIENTO PÚBLICO AMBIENTAL -EPA BUENAVENTURA**, mediante el cual se aprobó el predio PARADOR PACÍFICO, se encuentra operando como sitio de disposición final de RCD - GESTOR ubicado entre el **PR17 y PR18** del corredor vial Buenaventura - Loboguerrero - Buga, Valle del Cauca.

2. Que en virtud de lo expuesto anteriormente, el **PROPIETARIO**, autoriza al **ADMINISTRADOR**, para que en lo adelante realice todas las acciones técnicas, operativas y financieras para garantizar el funcionamiento de forma optima del **PREDIO PARADOR PACÍFICO**, como gestor de RCD en cumplimiento de los lineamientos ambientales establecidos en la normatividad ambiental vigente.

Circularity NIT: 901729676 -7 VERIFICADO



Scanned with CamScanner

**CLÁUSULA PRIMERA. OBJETO. EL ADMINISTRADOR,** se obliga a prestar el servicio de disposición final de RCD conforme a los lineamientos establecidos por la normatividad ambiental vigente, sistema de llenado y programa de medidas ambientales del SITIO DE DISPOSICIÓN FINAL – PARADOR PACÍFICO, en en el Distrito de Buenaventura.", y las previsiones que la resolución Ambiental **2023 – 409 DEL 31 DE OCTUBRE DE 2023** establezcan. PARÁGRAFO. **EL PROPIETARIO** no será responsable por los daños o perjuicios que se puedan originar por parte de EL ADMINISTRADOR con ocasión al uso del PREDIO, bien sea en su fase de transporte e ingreso o en al momento del descargue de los RCD. **EL ADMINISTRADOR** se obliga a responder por cualquier hecho dañoso o afectación a las instalaciones de los mencionados sitios de disposición final o al personal que labora en estos, al igual que cualquier daño o afectación ocasionado a terceros, por hechos imputables a los vehículos o personal. **EL ADMINISTRADOR**, se obliga a capacitar al personal que empleará para adecuar y descargar los residuos e igualmente, será responsable en tener afiliado al Sistema de Seguridad Social y cumplir con las normas de SG-SST de seguridad y salud en el trabajo del personal que emplee. Así mismo, se deja claridad que **EL ADMINISTRADOR,** deberá gestionar los permisos, conseciones, licencias y autorizaciones ante las autoridades ambientales para garantizar el normal desarrollo de las actividades del sitio de disposición final, como tambien realizar los reportes respectivos en las plataformas de control ambiental definidos por la autoridad ambiental.

**CLÁUSULA SEGUNDA. TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN O USUFRUCTO.** El tiempo de administración o usufructo del presente acuerdo será por el tiempo en el que se agote la vida útil del sitio de disposición final de RCD, o por mutuo acuerdo entre las partes.

**CLÁUSULA TERCERA. VALOR Y FORMA DE PAGO. El ADMINISTRADOR,** se obliga a transferir los recursos financieros correspondientes a las utilidades derivadas del desarrollo de las actividades de disposición final de RCD **Al PROPIETARIO**, en fechas pactadas entre las partes previamente.

**CLAUSULA CUARTA - DOMICILIO:** Para todos los efectos legales y fiscales se establece como domicilio contractual la ciudad de BUENAVENTURA.

**CLÁUSULA QUINTA. INDEMNIDAD: EL ADMINISTRADOR** deberá mantener indemne a **EL PROPIETARIO** respecto de cualquier reclamación proveniente de terceros y/o sanciones legales o judiciales, denuncias penales y/o administrativas que tenga relación directa o indirecta con la ejecución del presente acuerdo. En caso de que EL

Circularity NIT: 901729676-7 VERIFICADO



Scanned with CamScanner

ADMINISTRADOR sea responsable, este deberá hacerse cargo de todos los gastos y honorarios profesionales a que haya lugar para la solución de la controversia judicial, sin que EL PROPIETARIO deba pagar sumas adicionales por este concepto o sea afectado el valor que se pague por la prestación del servicio del presente acuerdo.

**CLÁUSULA SEXTA - INDEPENDENCIA: EL ADMINISTRADOR** desarrollará el objeto de este acuerdo con absoluta autonomía e independencia y sin ninguna relación de subordinación para con EL PROPIETARIO, excluyéndose de esta forma cualquier relación laboral que pretenda interpretarse. Igualmente, el personal que utilice EL ADMINISTRADOR durante la ejecución de este acuerdo es de su libre escogencia y así mismo será el único patrono del personal empleado y responderá de manera exclusiva por el pago de los salarios, prestaciones sociales e indemnizaciones laborales a que haya lugar, obligándose a mantener indemne al CONTRATANTE de cualquier reclamación que se presente por estos conceptos.

**CLÁUSULA SEPTIMA. CESIÓN:** Por la naturaleza del servicio prestado **EL ADMINISTRADOR** no puede ceder parcial ni totalmente sus obligaciones o derechos derivados del presente acuerdo, sin la autorización previa de **EL PROPIETARIO.**

**CLÁUSULA OCTAVA. CAUSALES DE TERMINACIÓN:** El presente acuerdo terminará en las formas previstas a continuación: a) De pleno derecho, al vencerse el término de duración del acuerdo, sin que se haya prorrogado el mismo. b) Por incumplimiento de las obligaciones a cargo del ADMINISTRADOR Y/O DEL CONTRATISTA, en la forma y términos previstos en el presente acuerdo. c) De común acuerdo, en cualquier momento de ejecución del acuerdo. d) Por cesación de pagos, insolvencia, iliquidez o mal estado de los negocios de la **ADMINISTRADOR** a juicio del **PROPIETARIO**.

**CLÁUSULA NOVENA. TOTAL ENTENDIMIENTO:** Se entiende que las partes conocen, comprenden y aceptan todas y cada una de las cláusulas y apartes del presente acuerdo. También se entiende que el eventual vicio declarado por autoridad competente de alguna o algunas de ellas, solo afecta a aquellas declaradas como viciadas. Asimismo, se entiende que los títulos de cada cláusula son meramente enunciativos y no las afectan. En general, se da por comprendido a cabalidad este acuerdo y para la constancia se firma.

Circularity VERIFICADO NIT: 901.729.676-7



Scanned with CamScanner

Las partes intervinientes una vez leído el presente documento, dan su consentimiento expresamente a lo estipulado y firma en el Distrito de Buenaventura - VALLE DEL CAUCA, a los Dos (02) días del mes de enero del año dos mil veinticinco (2025) en dos ejemplares, uno para cada parte.

**EL ADMINISTRADOR**

Circularity NIT: 901.729.676 -7 VERIFICADO

**DEIMER [illegible] GONZÁLEZ**
Gerente
Circularity sas

**EL PROPIETARIO**

**LUIS FERNANDO GOMEZ CANO**
Propietario
Predio Parador Pacífico



Scanned with CamScanner

Bogotá D.C., 20 de Febrero de 2026

Señores
**CONSULTORES DEL OCCIDENTE S.A.S**
Sr. GERMÁN ADOLFO PERDOMO PACHÓN
Avenida Carrera 15 # 122 - 75 Oficina 210 - 211 - 212 Torre A
Interventor
Bogotá D. C.

REFERENCIA: **CONTRATO DE OBRA No. 4335-2024**
"EFECTUAR LOS DISEÑOS DE INGENIERÍA DE DETALLE Y LAS ACTIVIDADES REQUERIDAS PARA EL SUMINISTRO Y LA INSTALACIÓN DE LA CUBIERTA EN TELA TIPO MEMBRANA, INCLUYENDO LA ESTRUCTURA METÁLICA DEL COMPLEJO MARGARITA HURTADO EN LA CIUDAD DE BUENAVENTURA, DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA".

ASUNTO: REMISIÓN DOCUMENTACION AMBIENTAL-SST

Cordial saludo:

Por medio de la presente nos permitimos remitir la documentación correspondiente al manejo de RCDS para el proyecto de la referencia. Lo anterior para su respectiva revisión y fines pertinentes.

**PIN DE LA OBRA**

- Oficio No. 202602000001991 del 5 de febrero de 2026 con la asignación del PIN para la obra.

**DOCUMENTACION DE LA ESCOMBRERAS**

- Resolución Ambiental de la escombrera La Caucana
- Resolución Ambiental de la escombrera Parador Pacífico
- Acuerdo de Administración del predio Parador Pacifico

**DOCUMENTOS DE LA VOLQUETA USK292**

- SOAT
- Tarjeta de Propiedad
- Licencia de Conducción – Edgar Iván González
- Cedula de ciudadanía – Edgar Iván González
- Revisión tecnomecánica
- Planilla de aportes de seguridad social – Edgar Iván González

No siendo otro el objeto del presente escrito, grato es suscribirme con toda atención.

Cordialmente,

**GUSTAVO PALACIOS RUBIANO**
Representante Legal

Adjunto: Lo mencionado en Un (01) volumen
c.c. Archivo
JETG

# SOAT

PREVISORA SEGUROS

| No. DE POLIZA | PLACA No. | CLASE VEHICULO | SERVICIO | CILINDRAJE/CARGA | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 330800596789000 | GTV465 | CARGA O MIXTO | PUBLICO | 10824 | 2019 |

| PASAJEROS | MARCA | LÍNEA VEHICULO | CARROCERIA |
|---|---|---|---|
| 2 | INTERNATIONAL | 7600 SBA 6X4 | PLATON |

| No. MOTOR | No. CHASIS / No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON |
|---|---|---|---|
| 55358853 | 3HTWYAHT9KN420896 | 3HTWYAHT9KN420896 | 15.90 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELEFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| CAMPO OTERO, MARIA DORIS | *******409 | CC | 25543349 | MORALES |

| TOMO DE ASEGURADORA | COD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICION |
|---|---|---|---|---|
| AT1324 | 33 | 14331 | 0 | PASTO |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 330 | $ 1061500 | $ 551900 | $ 2400 |

TOTAL A PAGAR

$ 1615800

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13 [1]<br>701,68 [2] | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 8,77 | |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | HASTA 180 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |

[1]Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2]Para las demás tarifas no citadas en (1).

RECUERDE QUE:

Al momento de imprimir la póliza de SOAT en soporte el medio de entrega escogido ante La Previsora S.A.

Por seguridad su tomador podrá requerir la póliza en cualquier momento, usted podrá presentarla en los siguientes medios: impresión física en papel de seguridad, impresión física en papel común tamaño carta con código QR, en formato PDF con código QR, el cual se puede descargar en los correos electrónicos y/o el mensaje de texto con el link de descarga enviado por La Previsora S.A.

Si desea tener inconvenientes antes el momento, muestre desde su teléfono móvil el RUNT, para recibir la asesoría necesaria.

**Se debe imprimir la póliza que se envía a su correo electrónico como respaldo a la información guardada en su teléfono móvil, esto con el fin de evitar inconvenientes con la autoridad de tránsito.**

Sobre usted tenga en cuenta los siguientes lineamientos:

Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.

Recuerde validar que su póliza esta registrada en el RUNT.

Esté atento al momento en que debe renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas al propietario del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cubrir por todos los gastos de la atención de las víctimas del accidente.

Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

El lesionado debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente, aunque aquí tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.

Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.

Para los gastos médicos: el cubre ante la aseguradora o el Fosyga le debe realizar el reembolso prestador de servicios de salud.

Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no es requisito acudir a terceros.

Cláusula de Corresponsabilidad de Pólizas

En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT se perciba que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A. modificará la vigencia de su Anexo de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.

Habeas Data

Declaro que de forma previa al momento de la emisión de esta póliza he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza, directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, información por medios escritos, redes electrónicos, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto por aplicativos, aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la ejecución, modificación o ejecución de las pólizas que he adquirido hasta la liquidación de este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía del seguro, personal, campañas de mercadeo y/o comerciales relacionadas con sus productos que adquiero así como de otros ramos de seguros que maneja LA PREVISORA S.A. envíamos información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y mismas de la póliza y demás servicios que brinde. Así presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.

Declaro que se me ha informado que, como titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a mis mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a mis mismos una vez al mes, que podrá ejercerlos en la calle 37 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3481616, o que para más información sobre el tratamiento de mis datos se podrán acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet www.previsora.gov.co.

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y
DESARROLLO SOSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TÉCNICO MECÁNICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 186890333

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** GRUPO INS

**NIT:** 901303483

**No. de Certificado de Acreditación:** 20-CDA-068

**Fecha de expedición:** 2026/01/04

**Fecha de vencimiento:** 2027/01/04

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** GTV465

**CLASE:** VOLQUETA

**MARCA:** INTERNATIONAL

**MODELO:** 2019

**SERVICIO:** Público

**COMBUSTIBLE:** DIESEL

**CILINDRAJE:** 10824

**NRO. MOTOR:** 35358853

**NRO. CHASIS:** 3HTWYAHT9KN420896

**VIN:** 3HTWYAHT9KN420896

**LÍNEA:** 7600 SBA 6X4

**COLOR:** ROJO LADRILLO

**NOMBRE PROPIETARIO:** VIRGELINA PANTOJA G.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

EDGAR ALONSO INSANDARA GUERRERO

Concesión RUNT 2.0 SAS / Nit 901581627-8 / Colombia / Línea de atención nacional 01 8000 930768 / Para cualquier ...

CÉDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.123.561.523



Apellidos
RAMIREZ ZABALA

Nombres
JHOJAN STEVEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.68

Sexo
M

Fecha de nacimiento
03 AGO 2004

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
VISTA HERMOSA (META)

Fecha y lugar de expedición
07 MAR 2023, MELGAR

Firma
Jhojan S Ramires Z

Fecha de expiración
08 MAR 2033

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

**MINISTERIO DE TRANSPORTE**

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

**No.** 1123561523



NOMBRE
**JHOJAN STEVEN RAMIREZ ZABALA**

FECHA DE NACIMIENTO
03-08-2004

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICIÓN
06-10-2025

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOyTTE MPAL SANTANDER QUILICHAO

| CATEGORIAS AUTORIZADAS | | | |
|---|---|---|---|
| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO CAMIONETA, MICROBUS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 06-10-2035 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 06-10-2028 | PUBLICO |



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC12000290001

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10037226643

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| PLACA<br>GTV465 | MARCA<br>INTERNATIONAL | LÍNEA<br>7600 SBA 6X4 | | MODELO<br>2019 |
| CILINDRADA CC<br>10.824 | COLOR<br>ROJO LADRILLO | | SERVICIO<br>PÚBLICO | |
| CLASE DE VEHÍCULO<br>VOLQUETA | TIPO CARROCERÍA<br>PLATON | COMBUSTIBLE<br>DIESEL | | CAPACIDAD Kg/PSJ<br>15.900 |
| NÚMERO DE MOTOR<br>35358853 | | REG<br>N | VIN<br>3HTWYAHT9KN420896 | |
| NÚMERO DE SERIE<br>3HTWYAHT9KN420896 | REG<br>N | NÚMERO DE CHASIS<br>3HTWYAHT9KN420896 | | REG<br>N |

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
PANTOJA GRIJALBA VIRGELINA

IDENTIFICACIÓN
C.C. 27181604

| | | | |
|---|---|---|---|
| RESTRICCIÓN MOVILIDAD<br>****** | BLINDAJE<br>****** | POTENCIA HP<br>0 | |
| DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN<br>192018000053690 | VE<br>I | FECHA IMPORT.<br>22/05/2018 | PUERTAS<br>2 |
| LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD<br>****** | | | |
| FECHA MATRÍCULA<br>29/09/2025 | FECHA EXP. LIC TTO.<br>12/12/2025 | FECHA VENCIMIENTO<br>****** | |

ORGANISMO DE TRÁNSITO

SECRETARÍA DE MOVILIDAD DE MANIZALES



LT07004592691


CEDULA DE CIUDADANIA
REPÚBLICA DE COLOMBIA
NUIP 1.087.111.412
OROBIO TORRES
ANTONIO ANDRES
COL
1.78
M
10 JUL 1986
O+
TUMACO (NARIÑO)
03 DIC 2004, TUMACO
29 AGO 2032
Antonio Orobio


REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha
ICCOL00316680002313 9<<<<<<<<<<<
8607106M3208298COL1087111412<0
OROBIO<TORRES<<ANTONIO<ANDRES<



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1087111412

NOMBRE

ANTONIO ANDRES OROBIO TORRES

FECHA DE NACIMIENTO

10-07-1983

GRUPO SANGUÍNEO Y RH

O+

FECHA DE EXPEDICIÓN

17-09-2024

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR

STRIA TTOyTTE MCPAL BUENAVENTURA



CATEGORIAS AUTORIZADAS

| CATEGORIA | CLASE DE VEHICULO | VIGENCIA | SERVICIO |
|---|---|---|---|
| B2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CUATRIMOTO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 17-09-2034 | PARTICULAR |
| C2 | AUTOMÓVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA, MICROBÚS, CAMIÓN, BUSETA Y BUS. | 17-09-2027 | PUBLICO |

ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC12000046229



REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

10037898066

LICENCIA DE TRÁNSITO No.

PLACA
HSA137

MARCA
DODGE

LÍNEA
D 600

MODELO
1977

CILINDRADA CC
2,700

COLOR
VERDE

SERVICIO
PARTICULAR

CAPACIDAD KG/PSJ
8.000

CLASE DE VEHÍCULO
VOLQUETA

TIPO CARROCERÍA
PLATON

COMBUSTIBLE
DIESEL

NÚMERO DE MOTOR
FE6-619623B

REG
N

VIN
******

REG
N

NÚMERO DE SERIE
DT728303

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
DT728303

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1111763223

PROPIETARIO APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
ANGULO SINISTERRA ANDRES FELIPE



0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
I

FUERTAS
0

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA
12/12/1977

FECHA EXP. LIC TTO
18/02/2026

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGA NISMO DE TRÁNSITO
STRIA TTO y GOB MCPAL SANTA ROSA CABAL

LT11000329180

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE TRANSPORTE
MINISTERIO DE AMBIENTE Y DESARROLLO SOSTENIBLE

RUNT

# CERTIFICADO DE REVISIÓN TECNICO MECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 1[illegible]6439

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Entidad que expide el certificado:** CDA SIMON BOLIVAR SAS

**NIT:** 900319024

**No. de Certificado de Acreditación:** 11-OIN-037-001

**Fecha de expedición:** 2025/12/10

**Fecha de vencimiento:** 2026/12/10

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** HSA137

**CLASE:** VOLQUETA

**MARCA:** DODGE

**MODELO:** 1977

**SERVICIO:** Particular

**COMBUSTIBLE:** DIESEL

**CILINDRAJE:** 2700

**NRO. MOTOR:** FE6-0196238

**NRO. CHASIS:** 01728303

**VIN:**

**LÍNEA:** [illegible]

**COLOR:** VERDE

**NOMBRE PROPIETARIO:** JUAN G. RIVERA S.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

FABIAN ZAPATA CASTRILLON



SOAT

PREVISORA

CARGA O MIXTO

PLATON

DT726303

CC

1082111412

BUENAVENTURA

263,13 UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)

701,68

8,77

180 SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES

750

# SOAT

SEGURO OBLIGATORIO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRANSITO

| FECHA DE EXPEDICIÓN | DESDE (HASTA LAS 23:59 HORAS DEL) | HASTA (HASTA LAS 23:59 HORAS DEL) |
|---|---|---|
| 2026-01-27 | 2026-01-28 | 2027-01-27 |

PREVISORA SEGUROS

| No. DE POLIZA | PLACA No. | CLASE VEHICULO | SERVICIO | CILINDRAJE/EJES/TONS | MODELO |
|---|---|---|---|---|---|
| 2708004082244000 | XKC783 | CARGA O MIXTO | PUBLICO | 6900 | 1956 |

| PASAJEROS | MARCA | CARROCERÍA |
|---|---|---|
| 2 | FORD | VOLCO |

| LÍNEA VEHÍCULO | No. MOTOR | No. CHASIS o No. SERIE | No. VIN | CAPACIDAD TON |
|---|---|---|---|---|
| SIN LINEA | 362TM2U097736 | F60R6E29999 | | 4.00 |

| APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR | TELEFONO DEL TOMADOR | TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR | CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR |
|---|---|---|---|---|
| CASANOVA PRECIADO, MARLEN LUCIA | *******779 | CC | 1111746641 | BUENAVENTURA |

| CÓDIGO DE ASEGURADORA | COD. SUCURSAL EXPEDIDORA | CLAVE PRODUCTOR | No. FORMULARIO | CIUDAD EXPEDICIÓN |
|---|---|---|---|---|
| AT1324 | 27 | 999927 | 0 | BUENAVENTURA |

| TARIFA | PRIMA SOAT | CONTRIBUCIÓN FOSYGA | TASA RUNT |
|---|---|---|---|
| 310 | $ 582900 | $ 303100 | $ 2400 |

TOTAL A PAGAR

$ 888400

FIRMA AUTORIZADA

| AMPAROS POR VICTIMA | HASTA | |
|---|---|---|
| A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACEUTICOS Y HOSPITALARIOS | 263,13 [1] 701,68 [2] | UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT) |
| B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS | 8,77 | |
| C. INCAPACIDAD PERMANENTE | HASTA 180 | SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES |
| D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS | 750 | |

**Decreto 2644 de 2022:** Tarifas diferenciales y ajuste con base en la UVT 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920.

- Es obligatorio **portar la póliza del SOAT**, sin importar el medio de entrega seleccionado por La Previsora S.A.
- La autoridad de tránsito podrá requerir la póliza en cualquier momento. Esta podrá ser presentada en los siguientes formatos: **Digital:** a través de correo electrónico o mensaje de texto (SMS) o **Físico:** impresa en papel común.
- Si tiene inquietudes sobre el proceso, puede comunicarse desde su teléfono móvil marcando al #345 para recibir la asesoría necesaria.

**Circular Externa 013 de 2024** emitida por la **Superintendencia Financiera de Colombia**, se permite que la vigencia mínima del SOAT para **vehículos extranjeros que circulen en zonas de frontera** sea **diaria**. Los vehículos que no reúnan los dos anteriores supuestos, deben regirse por las disposiciones del numeral 2 del artículo 193 de EOSF, en virtud del cual la vigencia mínima del SOAT debe ser anual.

*Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:*

*•Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito se lo pueden solicitar en cualquier momento.*
*•Recuerde validar que su póliza está registrada en el RUNT.*
*•Este atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas económicas, la detención del vehículo y en caso de accidente de tránsito el cobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.*
*•Adquiera su SOAT en lugares autorizados.*

*En caso de accidente de tránsito:*

*•Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.*
*•Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.*
*•Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o el Fosyga lo debe realizar la institución prestadora de servicios de salud.*
*•Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.*

*Cláusula de Coexistencia de Pólizas*

*En concordancia con lo dispuesto en la Circular Externa 021 de 2017, emitida por la Superintendencia Financiera de Colombia, LA PREVISORA S.A. podrá de manera unilateral y exclusivamente a favor del consumidor, modificar la vigencia de la póliza, cuando al momento de registrar la misma en el RUNT, se corrobore que existe una póliza vigente. En estos casos, LA PREVISORA S.A. modificará la vigencia en su fecha de inicio, teniendo como referente la fecha de vencimiento de la póliza que se encuentra vigente. Dicha modificación deberá ser informada por LA PREVISORA S.A. al tomador del seguro.*

Habeas Data

Declaro que de forma previa, al momento de la emisión de esta póliza, he autorizado a LA PREVISORA S.A. Compañía de seguros, para que consulte, almacene, administre, transfiera la información personal suministrada durante el proceso de emisión de esta póliza directamente o por medio de terceros o aliados comerciales, para registrarme en sus bases de datos, informarme por medios escritos, correo electrónico, llamadas telefónicas, envío de mensajes de texto y/o utilizando aplicaciones de mensajería instantánea, todo lo relacionado con la emisión, modificación, o anulación de la(s) póliza(s) que he adquirido, todo lo relacionado con este contrato, para estudios estadísticos internos de la compañía de seguros, gestionar campañas de mercadeo y/o comerciales relacionados con la(s) póliza(s) que adquiero, así como de otros ramos de seguros que maneje LA PREVISORA S.A. enviarme información derivada de todas las funciones que directa o indirectamente se les haya otorgado a las aseguradoras o se les otorguen en el futuro, así como novedades, referencias y manejo de la póliza y demás servicios que surjan del presente contrato, el cual conozco y declaro aceptar en todas sus partes.
Declaro que se me ha informado que, como Titular de información tengo derecho a conocer, actualizar y rectificar mis datos personales, solicitar prueba de autorización que he otorgado para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante la SIC por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos una vez al mes, que podré ejercerlos en la calle 57 # 9-07 en la ciudad de Bogotá, por medio del teléfono 3487565, y que para más información sobre el tratamiento de mis datos es posible acceder a la Política de Tratamiento de información en la página de internet www.previsora.gov.co

REPÚBLICA DE CO... ...ERIO DE TRANSPORTE ... AMBIENTE Y ... OSTENIBLE

Libertad y Orden

RUNT

# CERTIFIC...DO DE REVISIO... TÉCNICO ...ECANICA Y DE EMISIONES CONTAMINANTES

No. 179879632

## DATOS CENTRO DIAGNÓSTICO

**Em... de e...ión del certificado:** CDA SIMON BOLIVAR SAS

**NIT:** 900319024

**No. de Certificado de Acreditación:** 11-OIN-037-001

**Fecha de ex...ión:** 2025/02/28

**Fecha de vencimiento:** 2026/02/28

## DATOS VEHÍCULO

**PLACA:** XKC783

**CLASE:** CAMION

**MARCA:** FORD

**MODELO:** 1956

**SERVICIO:** Público

**COMBUSTIBLE:** DIESEL

**CILINDRAJE:** 6900

**NRO. MOTOR:** 362TM2U097736

**NRO. CHASIS:**

**VIN:**

**LÍNEA:** SIN LINEA

**COLOR:** AZUL

**NOMBRE PROPIETARIO:** MARLEN L. CASANOVA P.

**FIRMA DEL RESPONSABLE**

FABIAN ZAPATA CASTRILLON

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE CONDUCCIÓN

No. 1111754462

NOMBRE

SAMUEL FERNANDO CASANOVA PRECIADO

FECHA DE NACIMIENTO
23-09-1997

SANGRE-RH
O+

FECHA DE EXPEDICION
24-11-2022

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR



ORGANISMO DE TRÁNSITO EXPEDIDOR
STRIA TTOyTTE MCPAL BUENAVENTURA

Libertad y Orden

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

## LICENCIA DE TRÁNSITO No. 10029814902

PLACA
XKC783

MARCA
FORD

LÍNEA
SIN LINEA

MODELO
1956

CILINDRADA CC
6.900

COLOR
AZUL

SERVICIO
PÚBLICO

CLASE DE VEHÍCULO
CAMION

TIPO CARROCERÍA
VOLCO

COMBUSTIBLE
DIESEL

CAPACIDAD Kg/PSJ
4000

NÚMERO DE MOTOR
362TM2U097736

REG
N

VIN
******

NÚMERO DE SERIE
F60R6E29999

REG
N

NÚMERO DE CHASIS
******

REG
N

PROPIETARIO: APELLIDO(S) Y NOMBRE(S)
CASANOVA PRECIADO MARLEN LUCIA

IDENTIFICACIÓN
C.C. 1111746641

RESTRICCION MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
0

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN

VE
1

FECHA IMPORT.

PUERTAS
2

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD
******

FECHA MATRÍCULA
01/01/1956

FECHA EXP. LIC. TTO.
18/08/2023

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO
ITBOY - DIST TTO NO 1/COMBITA

LT07002573485

**ESTABLECIMIENTO PÚBLICO AMBIENTAL**
**DISTRITO DE BUENAVENTURA**

EPA

NIT: 900.816.913-7
Creado por el Acuerdo 034 del 6 de diciembre del 2014

RECIBIDO
POR: Mara Castillo
FECHA: 13-02-2024
9:37 am

**RESOLUCIÓN No – 2024 -047**

**(07 de febrero 2024)**

**"POR MEDIO DEL CUAL SE INSCRIBE COMO GESTOR DE DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN (RCD)"**

La directora del Establecimiento Publico Ambiental – EPA- en ejercicio de las facultades que le confieren la ley y el acuerdo 034 del 06 de diciembre de 2014 emanado del Honorable Concejo Distrital de Buenaventura en especial lo dispuesto en la ley 99 de 1993, el Decreto 1076 de 2015 y el decreto 2811 de 1974 las demás normas concordantes y,

**CONSIDERANDO**

Que mediante el Acuerdo 034 del 06 de diciembre de 2024, se creo el Establecimiento Publico Ambiental – EPA -, el cual es la máxima autoridad descentralizada con autonomía administrativa, financiera, patrimonio propio y personería jurídica autorizada por la ley 1617 de 2013, encargado de administrar dentro del área de su jurisdicción urbana y suburbana, el ambiente y los recursos naturales renovables y propender por su desarrollo sostenible, de conformidad con las disposiciones legales y las políticas ambientales y evitar la degradación ambiental.

Que el articulo 80 de la Constitución Política, señala que corresponde al Estado planificar el manejo y el aprovechamiento de los recursos naturales, para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución. Además, que indica que el estado deberá prevenir y controlar los factores de deterioro ambiental, imponer las sanciones legales y exigir la reparación de los daños causados.

Que la ley 99 de 1993 en su articulo 31, numeral 12, señala que las autoridades ambientales ejercerán las siguientes funciones:

(...)

12. Ejercer las funciones de evaluación, control y seguimiento ambiental de los usos del agua, el suelo, el aire y los demás recursos naturales renovables, lo cual comprenderá el vertimiento, emisión o incorporación de sustancias o residuos líquidos, solidos y gaseosos, a las aguas a cualquiera de sus formas, al aire o a los suelos, así como a los vertimientos o emisiones que puedan causar daños o poner en peligro el normal desarrollo sostenible de los recursos naturales renovables o impedir u obstaculizar su empleo para otros usos. Estas funciones comprenden la

expedición de las respectivas licencias ambientales, permisos, concesiones, autorizaciones y salvoconductos.

Que los artículos 70 y 80 de la Constitución Política, establece que es deber del Estado proteger, prevenir, controlar y planificar la diversidad, integridad y aprovechamiento del recurso natural, con el fin de conservarlos para garantizar no solo el desarrollo sostenible, sino el derecho que todas las personas tienen de gozar de un ambiente sano.

Que entre las afectaciones ambientales generadas por la inadecuada gestión de los Residuos de Demolición y Construcción – RCD (anteriormente denominado escombros), se encuentra la contaminación al aire, agua y al suelo.

Resolución No 0472 del 28 de febrero de 2017, articulo 11: Disposición final de RCD. Los municipios y distritos deberán seleccionar los sitios específicos para la disposición final de los RCD a que se refiere esta resolución, los cuales pueden ser de carácter regional o local.

Que mediante oficio con radicado No 202302000019272 del 16 de noviembre de 2023, la empresa CIRCULARITY S.A.S, cuyo representante es DEIMERSON PINO GONZALES con CC, 12.021.061; solicito a este establecimiento la inscripción como gestores de residuos de construcción y demolición, (RCD), cuya matricula inmobiliaria es la N 3722979.

Que mediante auto No 2023-199 del 13 de diciembre de 2023 se ordeno el pago para visita técnica.

Que mediante visita técnica del 19 de diciembre de 2023, se expido el concepto técnico N 2023 – 239 del cual se extrajo lo siguiente:

**Objetivo:** Realizar visita Técnica para verificación de sitio de disposición final de RCD, como lo establece la norma 0472 del 2017.

**Descripción de la Situación:** En atención a la solicitud con fecha 16 de noviembre del 2023, se programa y se realiza visita de verificación en campo el día 19 de diciembre del año 2023, donde se efectúa recorrido por el lugar en conjunto con el señor Alfredo Hurtado, quien actúa como encargado del lugar, se observó predio de terreno irregular, en el recorrido también se observó una fuente hídrica aproximadamente a 300mts del predio.

Se evidencia montículos de residuos de construcción y demolición de actividades con vigencia del año anterior según lo manifestado por el encargado.

**Características Técnicas:** Durante la inspección técnica, se lleva a cabo recorrido por el predio con el señor ALFREDO HURTADO en el cual actualmente se desarrolla actividad de sitio de Disposición Final de los RCD, donde visualmente fue posible verificar lo siguiente:

- Se observa que el terreno corresponde a un área despejada con vegetación tipo herbácea y tipo pastoreo, no se observan especies forestales de importancia ecológica, además tiene una fuente hídrica aproximadamente a 300mts de distancia.
- Cuenta con valla informativa visible, que contiene la información relevante del sitio y actividades que ejecutan.
- Se evidencio disposición final adecuada de residuos sólidos en el terreno correspondiente.
- El RCD dispuesto en el predio es utilizado con fines de relleno y compactación del terreno, sin afectar los elementos ambientales en la zona.
- Se puede determinar que los RCD arrojados en el lugar tienen naturaleza física, correspondiente a demoliciones y excavaciones, evidenciándose residuos constructivos de muros o lozas, también se observó el descargue en la zona de material pétreo.

**Conclusiones:** La visita llevada a cabo en el predio LA CAUCANA en administración de la empresa CIRCULARITY S.A.S el cual tuvo como objetivo verificación para sitio de disposición final, según lo observado el predio cumple con las condiciones técnicas necesarias para el desarrollo de la actividad de disposición final de RCD.

Se traslada concepto al área jurídica para emitir resolución y así se autorice la renovación del permiso para sitio de disposición final de RCD.

En merito de lo expuesto el Establecimiento Publico Ambiental,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Conceder inscripción como gestores de residuos de construcción y demolición (RCD), a la empresa CIRCULARITY S.A.S., en el PREDIO LA CAUCANA, cuyo representante legal es DEIMERSON PINO GONZALES con CC, 12.021.061. tal predio se encuentra ubicado en la margen

izquierda sentido Buenaventura – Cali, K16 Vía Cabal Pombo, después de la entrada al corregimiento de la Caucana, Buenaventura D.E – Valle; con las siguientes coordenadas geográficas, 3°53´08N – 76°57´34´O. Jurisdicción del EPA.

**ARTICULO SEGUNDO:** Informar al beneficiario que asume la responsabilidad por los perjuicios del incumplimiento de los términos, condiciones, requisitos y obligaciones aplicable según normas concordantes al asunto tratado.

**ARTICULO TERCERO:** El establecimiento Publico Ambiental de Buenaventura – EPA, ejercerá las labores de seguimiento y control ambiental para vigilar y supervisar al cumplimiento de las obligaciones impuestas y de verificarse su incumplimiento dará lugar a la aplicación de las sanciones pertinentes, acorde con lo establecido en la ley 1333 de 2009 y el Decreto 1076 de 2015.

**ARTICULO CUARTO:** La presente inscripción otorga un permiso de disposición final de residuos de construcción y demolición (RCD), por un termino de 3 años al predio de referencia en el presente acto administrativo, contado desde la fecha de expedición del mismo.

**ARTICULO QUINTO:** La renovación del permiso podrá ser por un termino igual al inicialmente otorgado, previo concepto técnico de viabilidad y deberá solicitarse con un mes de anticipación a la fecha de su vencimiento.

**ARTICULO SEXTO:** Por parte del Establecimiento Publico Ambiental de Buenaventura – EPA – Publíquese la presente resolución en el boletín de actos administrativos de la entidad, acorde con lo dispuesto en el articulo 71 de la ley 99 de 1993.

**ARTICULO SEPTIMO:** Contra el presente acto administrativo procede el recurso de reposición en subsidio de apelación de los cuales habrá de hacerse uso dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, acorde con lo dispuesto en el artículo 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011.

Dada a los siete (07) días del mes de febrero de Dos Mil Veinticuatro (2024).

**NOTIFIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE.**

**NATHALI HIDALGO MOSQUERA.**
Directora – EPA

**Proyecto**: Jean Carlos Lemus Ramírez
Jefe oficina Jurídica EPA Buenaventura.

**ESTABLECIMIENTO PÚBLICO AMBIENTAL**
**DISTRITO DE BUENAVENTURA**

EPA

NIT: 900.816.913-7
Creado por el Acuerdo 034 del 6 de diciembre del 2014

RECIBIDO
POR: Mara Castillo
FECHA: 13-02-2024
9:37 am

**RESOLUCIÓN No – 2024 -047**

**(07 de febrero 2024)**

**"POR MEDIO DEL CUAL SE INSCRIBE COMO GESTOR DE DISPOSICIÓN FINAL DE RESIDUOS DE CONSTRUCCIÓN Y DEMOLICIÓN (RCD)"**

La directora del Establecimiento Publico Ambiental – EPA- en ejercicio de las facultades que le confieren la ley y el acuerdo 034 del 06 de diciembre de 2014 emanado del Honorable Concejo Distrital de Buenaventura en especial lo dispuesto en la ley 99 de 1993, el Decreto 1076 de 2015 y el decreto 2811 de 1974 las demás normas concordantes y,

**CONSIDERANDO**

Que mediante el Acuerdo 034 del 06 de diciembre de 2024, se creo el Establecimiento Publico Ambiental – EPA -, el cual es la máxima autoridad descentralizada con autonomía administrativa, financiera, patrimonio propio y personería jurídica autorizada por la ley 1617 de 2013, encargado de administrar dentro del área de su jurisdicción urbana y suburbana, el ambiente y los recursos naturales renovables y propender por su desarrollo sostenible, de conformidad con las disposiciones legales y las políticas ambientales y evitar la degradación ambiental.

Que el articulo 80 de la Constitución Política, señala que corresponde al Estado planificar el manejo y el aprovechamiento de los recursos naturales, para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución. Además, que indica que el estado deberá prevenir y controlar los factores de deterioro ambiental, imponer las sanciones legales y exigir la reparación de los daños causados.

Que la ley 99 de 1993 en su articulo 31, numeral 12, señala que las autoridades ambientales ejercerán las siguientes funciones:

(...)

12. Ejercer las funciones de evaluación, control y seguimiento ambiental de los usos del agua, el suelo, el aire y los demás recursos naturales renovables, lo cual comprenderá el vertimiento, emisión o incorporación de sustancias o residuos líquidos, solidos y gaseosos, a las aguas a cualquiera de sus formas, al aire o a los suelos, así como a los vertimientos o emisiones que puedan causar daños o poner en peligro el normal desarrollo sostenible de los recursos naturales renovables o impedir u obstaculizar su empleo para otros usos. Estas funciones comprenden la

expedición de las respectivas licencias ambientales, permisos, concesiones, autorizaciones y salvoconductos.

Que los artículos 70 y 80 de la Constitución Política, establece que es deber del Estado proteger, prevenir, controlar y planificar la diversidad, integridad y aprovechamiento del recurso natural, con el fin de conservarlos para garantizar no solo el desarrollo sostenible, sino el derecho que todas las personas tienen de gozar de un ambiente sano.

Que entre las afectaciones ambientales generadas por la inadecuada gestión de los Residuos de Demolición y Construcción – RCD (anteriormente denominado escombros), se encuentra la contaminación al aire, agua y al suelo.

Resolución No 0472 del 28 de febrero de 2017, articulo 11: Disposición final de RCD. Los municipios y distritos deberán seleccionar los sitios específicos para la disposición final de los RCD a que se refiere esta resolución, los cuales pueden ser de carácter regional o local.

Que mediante oficio con radicado No 202302000019272 del 16 de noviembre de 2023, la empresa CIRCULARITY S.A.S, cuyo representante es DEIMERSON PINO GONZALES con CC, 12.021.061; solicito a este establecimiento la inscripción como gestores de residuos de construcción y demolición, (RCD), cuya matricula inmobiliaria es la N 3722979.

Que mediante auto No 2023-199 del 13 de diciembre de 2023 se ordeno el pago para visita técnica.

Que mediante visita técnica del 19 de diciembre de 2023, se expido el concepto técnico N 2023 – 239 del cual se extrajo lo siguiente:

**Objetivo:** Realizar visita Técnica para verificación de sitio de disposición final de RCD, como lo establece la norma 0472 del 2017.

**Descripción de la Situación:** En atención a la solicitud con fecha 16 de noviembre del 2023, se programa y se realiza visita de verificación en campo el día 19 de diciembre del año 2023, donde se efectúa recorrido por el lugar en conjunto con el señor Alfredo Hurtado, quien actúa como encargado del lugar, se observó predio de terreno irregular, en el recorrido también se observó una fuente hídrica aproximadamente a 300mts del predio.

Se evidencia montículos de residuos de construcción y demolición de actividades con vigencia del año anterior según lo manifestado por el encargado.

**Características Técnicas:** Durante la inspección técnica, se lleva a cabo recorrido por el predio con el señor ALFREDO HURTADO en el cual actualmente se desarrolla actividad de sitio de Disposición Final de los RCD, donde visualmente fue posible verificar lo siguiente:

- Se observa que el terreno corresponde a un área despejada con vegetación tipo herbácea y tipo pastoreo, no se observan especies forestales de importancia ecológica, además tiene una fuente hídrica aproximadamente a 300mts de distancia.
- Cuenta con valla informativa visible, que contiene la información relevante del sitio y actividades que ejecutan.
- Se evidencio disposición final adecuada de residuos sólidos en el terreno correspondiente.
- El RCD dispuesto en el predio es utilizado con fines de relleno y compactación del terreno, sin afectar los elementos ambientales en la zona.
- Se puede determinar que los RCD arrojados en el lugar tienen naturaleza física, correspondiente a demoliciones y excavaciones, evidenciándose residuos constructivos de muros o lozas, también se observó el descargue en la zona de material pétreo.

**Conclusiones:** La visita llevada a cabo en el predio LA CAUCANA en administración de la empresa CIRCULARITY S.A.S el cual tuvo como objetivo verificación para sitio de disposición final, según lo observado el predio cumple con las condiciones técnicas necesarias para el desarrollo de la actividad de disposición final de RCD.

Se traslada concepto al área jurídica para emitir resolución y así se autorice la renovación del permiso para sitio de disposición final de RCD.

En merito de lo expuesto el Establecimiento Publico Ambiental,

**RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO:** Conceder inscripción como gestores de residuos de construcción y demolición (RCD), a la empresa CIRCULARITY S.A.S., en el PREDIO LA CAUCANA, cuyo representante legal es DEIMERSON PINO GONZALES con CC, 12.021.061. tal predio se encuentra ubicado en la margen

izquierda sentido Buenaventura – Cali, K16 Vía Cabal Pombo, después de la entrada al corregimiento de la Caucana, Buenaventura D.E – Valle; con las siguientes coordenadas geográficas, 3°53´08N – 76°57´34´O. Jurisdicción del EPA.

**ARTICULO SEGUNDO:** Informar al beneficiario que asume la responsabilidad por los perjuicios del incumplimiento de los términos, condiciones, requisitos y obligaciones aplicable según normas concordantes al asunto tratado.

**ARTICULO TERCERO:** El establecimiento Publico Ambiental de Buenaventura – EPA, ejercerá las labores de seguimiento y control ambiental para vigilar y supervisar al cumplimiento de las obligaciones impuestas y de verificarse su incumplimiento dará lugar a la aplicación de las sanciones pertinentes, acorde con lo establecido en la ley 1333 de 2009 y el Decreto 1076 de 2015.

**ARTICULO CUARTO:** La presente inscripción otorga un permiso de disposición final de residuos de construcción y demolición (RCD), por un termino de 3 años al predio de referencia en el presente acto administrativo, contado desde la fecha de expedición del mismo.

**ARTICULO QUINTO:** La renovación del permiso podrá ser por un termino igual al inicialmente otorgado, previo concepto técnico de viabilidad y deberá solicitarse con un mes de anticipación a la fecha de su vencimiento.

**ARTICULO SEXTO:** Por parte del Establecimiento Publico Ambiental de Buenaventura – EPA – Publíquese la presente resolución en el boletín de actos administrativos de la entidad, acorde con lo dispuesto en el articulo 71 de la ley 99 de 1993.

**ARTICULO SEPTIMO:** Contra el presente acto administrativo procede el recurso de reposición en subsidio de apelación de los cuales habrá de hacerse uso dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, acorde con lo dispuesto en el artículo 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011.

Dada a los siete (07) días del mes de febrero de Dos Mil Veinticuatro (2024).

**NOTIFIQUESE, PUBLIQUESE Y CUMPLASE.**

**NATHALI HIDALGO MOSQUERA.**
Directora – EPA

**Proyecto**: Jean Carlos Lemus Ramírez
Jefe oficina Jurídica EPA Buenaventura.

**RESOLUCIÓN No. 2025-217**
**(16 DE JULIO DE 2025)**

**"POR MEDIO DEL CUAL SE OTORGA UN PERMISO PARA SITIO DE DISPOSICION FINAL Y SE INSCRIBE A UN GESTOR DE RESIDUOS DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION (RCD)"**

El suscrito Director del Establecimiento Público Ambiental en ejercicio de las facultades que le confieren la ley y el Acuerdo 034 del 06 de diciembre de 2014 emanado del Honorable Concejo Distrital de Buenaventura en especial lo dispuesto en la Ley 99 de 1993, el Decreto 1076 de 2015 y el Decreto 2811 de 1974 las demás normas concordantes y,

**CONSIDERANDO**

Que mediante el Acuerdo 034 del 06 de diciembre del 2014, se creó el Establecimiento Público Ambiental de Buenaventura, el cual es la máxima autoridad descentralizada con autonomía administrativa, financiera, patrimonio propio y personería jurídica autorizada por la Ley 1617 de 2013, encargado de administrar dentro del área de sus jurisdicción urbana y suburbana, el ambiente y los recursos naturales renovables y propender por su desarrollo sostenible, de conformidad con las disposiciones legales y las políticas ambientales y evitar la degradación ambiental.

Que el artículo 80 de la Constitución Política, señala que corresponde al Estado planificar el manejo y el aprovechamiento de los recursos naturales, para garantizar su desarrollo sostenible, su conservación, restauración o sustitución. Además, indica que el Estado deberá prevenir y controlar los factores de deterioro ambiental, imponer las sanciones legales y exigir la reparación de los daños causados.

Que la Ley 99 de 1993 en su artículo 31, numeral 12, señala que las autoridades ambientales ejercerán las siguientes funciones:

(...) 12. Ejercer las funciones de evaluación, control y seguimiento ambiental de los usos del agua, el suelo, el aire y los demás recursos naturales renovables, lo cual comprenderá el vertimiento, emisión o incorporación de sustancias o residuos líquidos, sólidos y gaseosos, a las aguas a cualquiera de sus formas, al aire o a los suelos, así como los vertimientos o emisiones que puedan causar daño o poner en peligro el normal desarrollo sostenible de los recursos naturales renovables o impedir u obstaculizar su empleo para otros usos. Estas funciones comprenden la

expedición de las respectivas licencias ambientales, permisos, concesiones, autorizaciones y salvoconductos.

Que Los Artículo 70 y 80 de la Constitución Política, establecen que es deber del Estado proteger, prevenir, controlar y planificar la diversidad, integridad y aprovechamiento del recurso natural, con el fin de conservarlos para garantizar no solo el desarrollo sostenible, sino el derecho que todas las personas tienen de gozar de un ambiente sano.

Que entre las afectaciones ambientales generadas por la inadecuada gestión de los Residuos de Demolición y Construcción – RCD (anteriormente denominados escombros), se encuentra la contaminación al aire. Al agua y al suelo.

Que mediante Resolución 0472 de 2017, el Ministerio de Ambiente reglamentó la gestión integral de los residuos generados en las actividades de construcción y demolición (RCD), asimismo, definió los mecanismos para la efectiva gestión, aprovechamiento y disposición final de los RCD, las obligaciones de generadores, gestores, municipios, distritos y autoridades ambientales competentes, así como las metas de aprovechamiento de RCD en función de la categoría de los municipios.

Que mediante la misma Resolución, en su artículo 8º dispuso las condiciones para la separación y el almacenamiento temporal de RCD, acciones que deben llevarse a cabo en puntos limpios, y definió las áreas mínimas para su operación, y que mediante el artículo 9º se establecieron las condiciones para el aprovechamiento de RCD, que se debe realizar en plantas de aprovechamiento fijas o móviles, definiendo las áreas mínimas para su operación.

Resolución N° 0472 del 28 de febrero de 2017, Artículo 11: Disposición final de RCD. Los municipios y distritos deberán seleccionar los sitios específicos para la disposición final de los RCD a que se refiere esta resolución, los cuales pueden ser de carácter regional o local.

Que, mediante la **resolución 1257 del 23 de noviembre de 2021** se modificó la Resolución N° 0472 del 28 de febrero de 2017, **cual *versa sobre la gestión integral de Residuos de Construcción y Demolición (RCD) y se adoptan otras disposiciones***

Que el Establecimiento Público Ambiental, mediante la **Resolución No. 2024-317** del **18 de noviembre de 2024**, **"Por la cual se establece el procedimiento para la gestión integral de los residuos de construcción y demolición (RCD) y se adoptan otras disposiciones en el distrito de buenaventura"** reglamentó e instauró el procedimiento para solicitar y clasificar los sitios de disposición final de RCD, junto al trámite para inscribirse como gestos.

## ANTECEDENTE

Mediante oficio con radicado No. 202502000006172, El señor Luis Fernando Gómez Cano solicita al Establecimiento Publico Ambiental – EPA Buenaventura, la renovación de la autorización como gestor de disposición final de residuos de construcción y demolición autorizados mediante la resolución 409 del 31 de octubre del 2023, todo lo anterior en concordancia con lo establecido en los artículos 03 y 06 de la resolución N° 1257 del 23 de Noviembre del 2021 que modifica la resolución N° 0472 del 20 de Febrero del 2017.

Se anexo para el trámite pertinente la siguiente información:

- Solicitud formal

- Certificado de tradición del predio
- Certificado de cámara y comercio
- RUT
- Copia cedula de ciudadanía
- Formato para la inscripción de gestores de RCD.
- Plano topográfico y de localización del predio, con cuadro de áreas de recibo y disposición final de RCD.
- Medidas mínimas de manejo ambiental para continuar con el recibo y disposición final de Residuos de Construcción y Demolición (RCD) definidas en el artículo 03 de la resolución mencionada.

En continuidad mediante Auto de inicio No. 2025-071 del 16 de mayo del 2025 el usuario con el fin de dar continuidad al trámite remite el soporte de pago del día 29 de mayo de 2025, mediante radicado 20250200009582, para la realización de la visita técnica y con el fin de dar continuidad al trámite de inscripción como gestor en la actividad de disposición final de los residuos de construcción y demolición que se realizara en un predio de su propiedad ubicado en el kilómetro 16 vía cabal Pombo, sentido Buenaventura - Cali.

Que con el fin de evaluar las medidas mínimas de manejo ambiental para continuar con el recibo y disposición final de Residuos de Construcción y Demolición (RCD) en el predio ubicado en el km de la vía alterna, vía Buenaventura – Cali, margen derecha, del Distrito de Buenaventura, se realizó visita técnica el día 3 de junio de 2025, por profesional especializado de la Subdirección de Control y Vigilancia del Establecimiento Público Ambiental.

## CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

De acuerdo con la información contenida en el documento de medidas mínimas de manejo ambiental para la continuidad en la recepción y disposición final de Residuos de Construcción y Demolición (RCD), el predio cuenta actualmente con una superficie total de **370.000 m²** habilitada para actividades de relleno y conformación de un área destinada a usos futuros.

En la actualidad, se están depositando residuos de RCD en el predio, específicamente en el sector sur oriental (parte derecha sur), donde se dispone material de excavación proveniente de una obra desarrollada por el mismo propietario del lote.

Con base en el avance registrado en años anteriores, se presenta a continuación el balance del material ya dispuesto, así como la capacidad actual disponible para continuar con la disposición final de RCD:

Tabla 1. Cuadro actualizado de capacidad actual del sitio de disposición final RCD

| No. TERRAZA | DISPUESTO EN SITIO | | | CAPACIDAD ACTUAL | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Línea 1 | Línea 2 | VOL DISPUESTO A LA FECHA (m3) | Línea 1 | Línea 2 | CAPACIDAD EN VOLUMEN A LA FECHA (m3) |
| | Áreas (m2) | Áreas (m2) | | Áreas (m2) | Áreas (m2) | |
| **TERRAZA N° 1** | 34873.09 | 436.328,38 m3 | 34873.09 | 905701,52 | 905.701,52 | 905.701,52 |
| **TERRAZA N° 2** | **469.373.38m3** | | **905.701,52 m3** | 436.328,38 m3 | 436.328,38 m3 | 436.328,38 m3 |

A continuación, se presenta gráficamente las zonas de conformación.




En forma general las actividades ejecutadas hasta la fecha para la adecuación de la zona de disposición de residuos de construcción y demolición - RCD provenientes de diferentes obras que se han venido realizando en el Distrito de Buenaventura, conforme a los diseños presentados inicialmente se agruparon en:

- Planimetría inicial
- Operaciones previas de desbroches de la vegetación existente, remoción de la capa superficial del terreno.
- Obras hidráulicas.
- Llenado del botadero, extendido y compactación del material.
- Revegetalización.

Adicionalmente, se identificó que los Residuos de Construcción y Demolición (RCD) presentes en el lugar corresponden, por sus características físicas, a materiales sobrantes de actividades de demolición y excavación, observándose dichos residuos en el mismo predio.

Otro componente objeto de intervención es el **componente forestal**. Como resultado del inventario forestal realizado en el área de influencia directa del proyecto, se identificó la diversidad de especies presentes, las cuales fueron clasificadas taxonómicamente según su respectiva familia botánica. Esta clasificación permite establecer una caracterización ecológica más precisa del ecosistema intervenido, facilitando el análisis de su composición florística y la toma de decisiones en cuanto a las medidas de manejo ambiental.

A continuación, se presenta la relación de especies registradas, organizadas por familia, incluyendo su nombre científico, nombre común, número de individuos y principales características dasométricas.

Tabla 2. Clasificación de Especies por familias encontradas en el área.

| Nombre común | Nombre científico | Familia |
|---|---|---|
| Aliso | Belotia panamensis pittier | Tiliaceae |
| Anime | protium colombinum | Burceraceae |
| Arenillo | Roucheria monsalveae | Linacea |
| Balso | Ochroma lagopus | Bombacacea |
| Caimito | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae |
| Caimito Chicle | Chysophyllum sp. | Sapotaceae |
| Caimito Platano | Pouteria sp | Sapotaceae |
| Caimito Silvador | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae |
| Carbonero | Abarema sp | Fabaceae momosacea |
| Cargadero | *Guatteria Calimensis* | *Annonaceae* |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae |
| Castaño | Matisia castannu karst | Bombacacea |

| Nombre común | Nombre cientifico | Familia |
|---|---|---|
| Chaquiro | Goupia Glabra aubl | Celestracea |
| Chucha | Osteophloeum sulcatum | Myriscaceae |
| Coronillo | Bellucia axinanthera | Melastomataceae |
| Costillo Acanalado | Aspidosperma | Apocynaceae |
| Cuangare | Dialyanthera 1 | Myristicaceae |
| Dormilon | Pentaclethra macroloba kuntze | Fabaceae Mimosaceae |
| Garzo | Simarouba amara | Simaroubaceae |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* |
| Guasco | Eschwilera sp | Lecythidaceae |
| Guayabillo | Byrsonima sp | Malpighiaceea |
| Jaboncillo | Sapindus saponaria L | Sapindaceae |
| Jigua | Aniba sp | Lauraceae |
| Mora | Moconia sp | Melastomataceae |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae |
| Palma Amargo | Walfia regia | Palmaceae |
| Palma Don Pedrito | Byrsonima sp | Malpighiaceea |
| Palma fina | Iriantea deltodea Ruiz | Palmaceae |
| Palma Meme | Wettinia quinaria burret | Palmaceae |
| Palma mil pesos | Oecarpus bataua mart | Palmaceae |
| Palma Naidi | Euterpe oleracea mart | Palmaceae |
| Palma Zancona | Socratea exorrhiza | Palmaceae |
| Palo Tunda | Tetrorchidium gogonae | Euphorbiaceae |
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea |
| Pomo | Qualea lineata | Vochysiacea |
| Popa | Couma macrocarpa barb | Apocynaceae |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea |
| Soroga | Pterocarpus officinalis | fabaceae |
| Suela | Pterocarpus officinalis | fabaceae |
| Tangare | Carapa guianensis | Meliaceae |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae |
| Yarumo | Cecropia sp | Cecropiaceae |

Tabla 3. Listado de especies censadas

| Nombre común | Nombre cientifico | Familia | CAP cm | HC m | HT m |
|---|---|---|---|---|---|
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 48 | 3 | 7 |
| Jaboncillo | Sapindus saponaria L | Sapindaceae | 34 | 4 | 6 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 32 | 2 | 5 |
| Yarumo | Cecropia sp | Cecropiaceae | 32 | 2 | 7 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 32 | 4 | 8 |
| Palma mil pesos | Oecarpus bataua mart | Palmaceae | 42 | 5 | 8 |
| Palma mil pesos | Oecarpus bataua mart | Palmaceae | 44 | 8 | 12 |
| Caimito | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae | 67 | 6 | 9 |
| Aliso | Belotia panamensis pittier | Tiliaceae | 53 | 10 | 13 |
| Carbonero | Abarema sp | Fabaceae momosacea | 40 | 6 | 10 |
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea | 39 | 7 | 11 |
| Garzo | Simarouba amara | Simaroubaceae | 32 | 7 | 11 |
| Palma fina | Iriantea deltodea Ruiz | Palmaceae | 62 | 2 | 6 |
| Cargadero | *Guatteria Calimensis* | *Annonaceae* | 35 | 8 | 12 |
| Jaboncillo | Sapindus saponaria L | Sapindaceae | 38 | 9 | 13 |
| Palna Zancona | Socratea exorrhiza | Palmaceae | 47 | 5 | 7 |
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea | 118 | 11 | 14 |
| Anime | protium colombinum | Burceraceae | 72 | 12 | 14 |
| Chucha | Osteophloeum sulcatum | Myriscaceae | 97 | 12 | 14 |
| Caimito | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae | 73 | 10 | 12 |
| Pomo | Qualea lineata | Vochysiacea | 87 | 10 | 12 |
| Palo Tunda | Tetrorchidium gogonae | Euphorbiaceae | 62 | 3 | 8 |
| Cargadero | *Guatteria Calimensis* | *Annonaceae* | 128 | 12 | 15 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 130 | 6 | 10 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 33 | 5 | 8 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 33 | 3 | 11 |
| Arenillo | Roucheria monsalveae | Linacea | 32 | 2 | 5 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 32 | 6 | 10 |
| Garzo | Simarouba amara | Simaroubaceae | 53 | 5 | 11 |
| Palma Amargo | Walfia regia | Palmaceae | 40 | 2 | 5 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae | 43 | 7 | 10 |
| Garzo | Simarouba amara | Simaroubaceae | 57 | 4 | 10 |

| Nombre común | Nombre científico | Familia | CAP cm | HC m | HT m |
|---|---|---|---|---|---|
| Mora | Moconia sp | Melastomataceae | 32 | 5 | 8 |
| Pomo | Qualea lineata | Vochysiacea | 32 | 8 | 11 |
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea | 39 | 6 | 11 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 35 | 6 | 9 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 40 | 5 | 9 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 34 | 6 | 11 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae | 45 | 6 | 12 |
| Popa | Couma macrocarpa barb | Apocynaceae | 32 | 10 | 13 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 43 | 7 | 12 |
| Garzo | Simarouba amara | Simaroubaceae | 39 | 5 | 12 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 36 | 8 | 12 |
| Palma Don Pedrito | Oecarpus mapora karst | Palmaceae | 36 | 7 | 11 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae | 110 | 6 | 10 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae | 32 | 5 | 9 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae | 44 | 3 | 9 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae | 51 | 6 | 12 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae | 32 | 5 | 7 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 57 | 5 | 14 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 35 | 6 | 10 |
| Caimito | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae | 37 | 7 | 12 |
| Tangare | Carapa guianensis | Meliaceae | 34 | 12 | 14 |
| Palma Naidi | Euterpe oleracea mart | Palmaceae | 32 | 8 | 10 |
| Pomo | Qualea lineata | Vochysiacea | 38 | 5 | 9 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae | 36 | 6 | 9 |
| Palma Meme | Wettinia quinaria burret | Palmaceae | 36 | 7 | 9 |
| Costillo Acanalado | Aspidosperma | Apocynaceae | 36 | 5 | 8 |
| Costillo Acanalado | Aspidosperma | Apocynaceae | 32 | 6 | 7 |
| Jigua | Aniba sp | Lauraceae | 41 | 6 | 10 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae | 44 | 8 | 11 |
| Arenillo | Roucheria monsalveae | Linacea | 37 | 2 | 9 |
| Balso | Ochroma lagopus | Bombacacea | 48 | 3 | 9 |
| Balso | Ochroma lagopus | Bombacacea | 38 | 1 | 11 |
| Chaquiro | Goupia Glabra aubl | Celestracea | 78 | 7 | 12 |

| Nombre común | Nombre científico | Familia | CAP cm | HC m | HT m |
|---|---|---|---|---|---|
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 165 | 12 | 20 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 56 | 6 | 10 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 36 | 5 | 9 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 103 | 5 | 5 |
| Suela | Pterocarpus officinalis | fabaceae | 72 | 14 | 18 |
| Suela | Pterocarpus officinalis | fabaceae | 75 | 15 | 18 |
| Palma Don Pedrito | Oecarpus mapora karst | Palmaceae | 41 | 6 | 10 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 191 | 7 | 21 |
| Coronillo | Bellucia axinanthera | Melastomataceae | 47 | 7 | 11 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 87 | 10 | 13 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 35 | 7 | 10 |
| Coronillo | Bellucia axinanthera | Melastomataceae | 44 | 6 | 11 |
| Caimito Platano | Pouteria sp | Sapotaceae | 46 | 7 | 12 |
| Balso | Ochroma lagopus | Bombacacea | 37 | 5 | 10 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 45 | 7 | 12 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 100 | 10 | 14 |
| Palma Zancona | Socratea exorrhiza | Palmaceae | 53 | 8 | 13 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 91 | 9 | 15 |
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea | 32 | 7 | 10 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 56 | 5 | 8 |
| Suela | Pterocarpus officinalis | fabaceae | 101 | 10 | 16 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 160 | 12 | 20 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 70 | 9 | 16 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 73 | 6 | 6 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 68 | 5 | 9 |
| Caimito Platano | Pouteria sp | Sapotaceae | 43 | 6 | 12 |
| Garzo | Simarouba amara | Simaroubaceae | 36 | 7 | 11 |
| Garzo | Simarouba amara | Simaroubaceae | 41 | 11 | 15 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 67 | 12 | 18 |
| Arenillo | Roucheria monsalveae | Linacea | 50 | 5 | 8 |
| Palma mil pesos | Oecarpus bataua mart | Palmaceae | 60 | 7 | 11 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 32 | 7 | 10 |
| Caimito | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae | 62 | 10 | 11 |

| Nombre común | Nombre científico | Familia | CAP cm | HC m | HT m |
|---|---|---|---|---|---|
| Tangare | Carapa guianensis | Meliaceae | 41 | 6 | 7 |
| Pomo | Qualea lineata | Vochysiacea | 45 | 3 | 8 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 53 | 10 | 13 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 165 | 17 | 25 |
| Palma mil pesos | Oecarpus bataua mart | Palmaceae | 40 | 5 | 9 |
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea | 112 | 10 | 15 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 53 | 9 | 12 |
| Jaboncillo | Sapindus saponaria L | Sapindaceae | 36 | 4 | 10 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 36 | 7 | 9 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 45 | 8 | 11 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 60 | 7 | 9 |
| Cargadero | *Guatteria Calimensis* | *Annonaceae* | 38 | 3 | 6 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 39 | 6 | 9 |
| Yarumo | Cecropia sp | Cecropiaceae | 34 | 5 | 8 |
| Yarumo | Cecropia sp | Cecropiaceae | 54 | 6 | 10 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae | 52 | 5 | 7 |
| Jigua | Aniba sp | Lauraceae | 65 | 8 | 13 |
| Garzo | Simarouba amara | Simaroubaceae | 32 | 4 | 7 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 73 | 5 | 8 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 49 | 6 | 9 |
| Palma Zancona | Socratea exorrhiza | Palmaceae | 41 | 8 | 11 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 44 | 5 | 8 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 39 | 8 | 10 |
| Palma Naidi | Euterpe oleracea mart | Palmaceae | 39 | 5 | 9 |
| Arenillo | Roucheria monsalveae | Linacea | 65 | 6 | 9 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 70 | 4 | 8 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 52 | 8 | 11 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae | 42 | 5 | 10 |
| Caimito | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae | 87 | 8 | 12 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 37 | 6 | 11 |
| Yarumo | Cecropia sp | Cecropiaceae | 34 | 8 | 11 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 43 | 7 | 12 |
| Cuangare | Dialyanthera 1 | Myristicaceae | 38 | 4 | 8 |

| Nombre común | Nombre científico | Familia | CAP cm | HC m | HT m |
|---|---|---|---|---|---|
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea | 112 | 10 | 16 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 40 | 5 | 9 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 52 | 7 | 10 |
| Palma Zancona | Socratea exorrhiza | Palmaceae | 52 | 3 | 6 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 35 | 7 | 10 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 34 | 6 | 9 |
| Jabocillo | Sapindus saponaria L | Sapindaceae | 43 | 5 | 8 |
| Jabocillo | Sapindus saponaria L | Sapindaceae | 48 | 5 | 9 |
| Yarumo | Cecropia sp | Cecropiaceae | 42 | 7 | 11 |
| Arenillo | Roucheria monsalveae | Linacea | 52 | 6 | 9 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 82 | 9 | 12 |
| Chucha | Osteophloeum sulcatum | Myriscaceae | 94 | 8 | 11 |
| Caimito | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae | 86 | 9 | 14 |
| Pomo | Qualea lineata | Vochysiacea | 43 | 7 | 11 |
| Tangare | Carapa guianensis | Meliaceae | 52 | 6 | 10 |
| Cargadero | *Guatteria Calimensis* | *Annonaceae* | 49 | 5 | 8 |
| Castaño | Matisia castannu karst | Bombacacea | 34 | 6 | 9 |
| Garzo | Simarouba amara | Simaroubaceae | 37 | 10 | 12 |
| Soroga | Vochisia ferruginea | Vochysiacea | 48 | 4 | 8 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae | 37 | 7 | 11 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 84 | 10 | 14 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 87 | 12 | 16 |
| Soroga | Vochisia ferruginea | Vochysiacea | 66 | 7 | 12 |
| Tangare | Carapa guianensis | Meliaceae | 86 | 8 | 12 |
| Jigua | Aniba sp | Lauraceae | 50 | 7 | 11 |
| Balso | Ochroma lagopus | Bombacacea | 76 | 9 | 14 |
| Yarumo | Cecropia sp | Cecropiaceae | 34 | 4 | 7 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae | 82 | 8 | 13 |
| Carbonero | Abarema sp | Fabaceae momosacea | 37 | 5 | 9 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 38 | 9 | 13 |
| Guasco | Eschwilera sp | Lecythidaceae | 68 | 6 | 12 |
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea | 92 | 11 | 14 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | Melastomataceae | 81 | 7 | 12 |

| Nombre común | Nombre científico | Familia | CAP cm | HC m | HT m |
|---|---|---|---|---|---|
| Palma Don Pedrito | Oecarpus mapora karst | Palmaceae | 32 | 6 | 8 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 80 | 7 | 13 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 39 | 6 | 10 |
| Dormilon | Pentaclethra macroloba kuntze | Fabaceae Mimosaceae | 90 | 8 | 14 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 98 | 11 | 16 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 39 | 7 | 10 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 34 | 7 | 9 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 65 | 6 | 10 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae | 55 | 5 | 9 |
| Palma Amargo | Walfia regia | Palmaceae | 38 | 5 | 9 |
| Guayabillo | Byrsonima sp | Malpighiaceea | 39 | 5 | 9 |
| Palma mil pesos | Oecarpus bataua mart | Palmaceae | 46 | 7 | 11 |
| Mora | Moconia sp | Melastomataceae | 38 | 7 | 11 |
| Palma Zancona | Socratea exorrhiza | Palmaceae | 35 | 4 | 7 |
| Guasco | Eschwilera sp | Lecythidaceae | 35 | 7 | 10 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 84 | 6 | 9 |
| Guasco | Eschwilera sp | Lecythidaceae | 34 | 4 | 7 |
| Dormilon | Pentaclethra macroloba kuntze | Fabaceae Mimosaceae | 32 | 5 | 9 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae | 32 | 5 | 8 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 33 | 8 | 11 |
| Caimito | *Pouteria sp* | Sapotaceae | 50 | 5 | 10 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 41 | 6 | 9 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 65 | 8 | 12 |
| Dormilon | Pentaclethra macroloba kuntze | Fabaceae Mimosaceae | 67 | 7 | 11 |
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea | 54 | 4 | 8 |
| Caimito Silvador | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae | 62 | 7 | 12 |
| Yarumo | Cecropia sp | Cecropiaceae | 44 | 8 | 11 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 45 | 9 | 13 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae | 42 | 6 | 10 |
| Costillo acanalado | Aspidosperma | Apocynaceae | 51 | 9 | 11 |

| Nombre común | Nombre científico | Familia | CAP cm | HC m | HT m |
|---|---|---|---|---|---|
| Dormilon | Pentaclethra macroloba kuntze | Fabaceae Mimosaceae | 84 | 7 | 12 |
| Uva | Cecropia sp | Cecropiaceae | 56 | 7 | 10 |
| Tangare | Carapa guianensis | Meliaceae | 82 | 10 | 13 |
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea | 78 | 8 | 12 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae | 46 | 6 | 10 |
| Jigua | Aniba sp | Lauraceae | 42 | 7 | 9 |
| Guasco | Eschwilera sp | Lecythidaceae | 54 | 6 | 10 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 59 | 8 | 12 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae | 62 | 10 | 13 |
| Anime | protium colombinum | Burceraceae | 38 | 6 | 10 |
| Yarumo | Cecropia sp | Cecropiaceae | 37 | 7 | 11 |
| Anime | protium colombinum | Burceraceae | 45 | 5 | 8 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | Myristicaceae | 39 | 6 | 9 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 84 | 8 | 11 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 42 | 6 | 9 |
| Garzo | Simarouba amara | Simaroubaceae | 39 | 6 | 9 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | hypericacea | 32 | 4 | 8 |
| Caimito | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae | 87 | 9 | 14 |
| Anime | protium colombinum | Burceraceae | 91 | 11 | 16 |
| Tangare | Carapa guianensis | Meliaceae | 46 | 8 | 11 |
| Cargadero | *Guatteria Calimensis* | *Annonaceae* | 65 | 9 | 12 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | Ochnaceae | 80 | 10 | 14 |
| Guabo | *Inga sp.* | *Fabaceae* | 37 | 6 | 9 |
| Peinemono | Apeiba aspera | Tiliaceaea | 69 | 8 | 13 |
| Cuangare | Dialyanthera 1 | Myristicaceae | 63 | 8 | 11 |
| Uva | Pourouma apera trecul | Cecropiaceae | 82 | 7 | 13 |
| Jigua | Aniba sp | Lauraceae | 48 | 6 | 10 |
| Mora | Moconia sp | Melastomataceae | 74 | 9 | 12 |
| Caimito | *Chrysophyllum cainito* | Sapotaceae | 76 | 8 | 12 |
| Mora | Moconia sp | Melastomataceae | 35 | 6 | 9 |
| Mora | Moconia sp | Melastomataceae | 35 | 5 | 10 |
| Caimito Chicle | Chysophyllum sp. | SAPOTACEAE | 48 | 9 | 12 |
| Balso | Ochroma lagopus | Bombacacea | 79 | 7 | 13 |

| Nombre común | Nombre científico | Abundancia | AB m2 | VOL m3 |
|---|---|---|---|---|
| Aliso | Belotia panamensis pittier | 1 | 0,022 | 0,168 |
| Anime | protium colombinum | 4 | 0,135 | 1,027 |
| Arenillo | Roucheria monsalveae | 5 | 0,094 | 0,351 |
| Balso | Ochroma lagopus | 5 | 0,136 | 0,662 |
| Caimito | *Chrysophyllum cainito* | 9 | 0,365 | 2,281 |
| Caimito Chicle | Chysophyllum sp. | 1 | 0,018 | 0,124 |
| Caimito Platano | Pouteria sp | 2 | 0,032 | 0,155 |
| Caimito Silvador | *Chrysophyllum cainito* | 1 | 0,031 | 0,161 |
| Carbonero | Abarema sp | 2 | 0,024 | 0,098 |
| Cargadero | *Guatteria Calimensis* | 5 | 0,204 | 1,556 |
| Casposo | Miconia ruficalyx gleason | 10 | 0,253 | 1,150 |
| Castaño | Matisia castannu karst | 1 | 0,009 | 0,041 |
| Chaquiro | Goupia Glabra aubl | 1 | 0,048 | 0,254 |
| Chucha | Osteophloeum sulcatum | 2 | 0,145 | 1,096 |
| Coronillo | Bellucia axinanthera | 2 | 0,033 | 0,162 |
| Costillo Acanalado | Aspidosperma | 3 | 0,039 | 0,215 |
| Cuangare | Dialyanthera 1 | 2 | 0,043 | 0,224 |
| Dormilon | Pentaclethra macroloba kuntze | 4 | 0,164 | 0,900 |
| Garzo | Simarouba amara | 9 | 0,123 | 0,575 |
| Guabo | *Inga sp.* | 14 | 0,392 | 1,776 |
| Guasco | Eschwilera sp | 4 | 0,079 | 0,349 |
| Guayabillo | Byrsonima sp | 1 | 0,012 | 0,045 |
| Jaboncillo | Sapindus saponaria L | 5 | 0,064 | 0,260 |
| Jigua | Aniba sp | 5 | 0,099 | 0,523 |
| Mora | Moconia sp | 5 | 0,083 | 0,465 |
| Otobo | Dialyanthera letialata pittier | 10 | 0,210 | 1,090 |
| Paco | Cespedesia macrophylla | 27 | 1,559 | 11,777 |
| Palma Amargo | Walfia regia | 2 | 0,024 | 0,062 |
| Palma Don Pedrito | Byrsonima sp | 3 | 0,032 | 0,151 |
| Palma fina | Iriantea deltodea Ruiz | 1 | 0,031 | 0,046 |
| Palma Meme | Wettinia quinaria burret | 1 | 0,010 | 0,054 |
| Palma mil pesos | Oecarpus bataua mart | 5 | 0,088 | 0,432 |

| Nombre común | Nombre científico | Abundancia | AB m2 | VOL m3 |
|---|---|---|---|---|
| Palma Naidi | Euterpe oleracea mart | 2 | 0,020 | 0,094 |
| Palma Zancona | Socratea exorrhiza | 5 | 0,085 | 0,358 |
| Palo Tunda | Tetrorchidium gogonae | 1 | 0,031 | 0,069 |
| Peinemono | Apeiba aspera | 10 | 0,520 | 3,715 |
| Pomo | Qualea lineata | 6 | 0,111 | 0,657 |
| Popa | Couma macrocarpa barb | 1 | 0,008 | 0,061 |
| Sangregallina | Vismia ferruginea | 13 | 0,396 | 2,110 |
| Soroga | Pterocarpus officinalis | 2 | 0,053 | 0,237 |
| Suela | Pterocarpus officinalis | 3 | 0,167 | 1,546 |
| Tangare | Carapa guianensis | 6 | 0,173 | 1,095 |
| Uva | Pourouma apera trecul | 18 | 0,495 | 3,140 |
| Yarumo | Cecropia sp | 8 | 0,099 | 0,457 |
| | **Total individuos solicitados** | **227** | 6,761 | 41,768 |

En el seguimiento al proceso se verifico que se encuentran en campo 227 individuos solicitados para aprovechamiento, estos se encuentran agrupados en 3 especies, con un volumen total de 41,768 $m^3$.

La solicitud de aprovechamiento forestal se considera viable desde el punto de vista técnico, debido a que los árboles que interfieren con el desarrollo de la obra civil son de baja representación en términos de cantidad, además las especies objeto de aprovechamiento no se encuentran en veda ni en riesgo de extinción; por otra parte, se puede observar que son árboles frutales y especies pioneras maderables, lo que indica que esta área es o fue utilizada como finca tradicional.

Seguido a esto, el plan Aprovechamiento se vuelve sostenible dado que contempla una reposición ambiental por la alteración generada. Desde el punto de vista económico, este aprovechamiento NO genera ingresos significativos ya que el material vegetal presente en el predio (en su gran mayoría) no es de mayor mercadeo y no cumple las exigencias mínimas en cuanto a calidad de la madera, lo cual no es atractivo para el comercio de la misma.

## CONCLUSIÓN

De acuerdo a lo observado en la visita técnica, realizada el día 3 de junio de 2025, por parte de profesional especializado del Establecimiento Publico Ambiental – EPA al predio donde se han venido realizando la disposición final de los residuos de construcción y demolición que

corresponde a un predio ubicado en el, kilómetro 16 vía cabal Pombo sentido Buenaventura - Cali, margen derecha, se recomienda la inscripción como gestor y la autorización de uso del sitio para la disposición final de RCD, por un periodo de Cinco (5) años teniendo en cuenta la capacidad actual y a partir de la notificación del acto administrativo y el permiso de aprovechamiento forestal se aprueba por un periodo de tres (3) años.

Dentro de la resolución mediante la cual se realiza la inscripción del gestor y la autorización para la utilización del predio como sitio de disposición final de RCD, se debe considerar lo siguiente:

El sitio cuenta actualmente con una capacidad disponible para disposición final de RCD de 905.701,52 m³ en la terraza 1 y 436.328,38 m³ en la terraza 2.

En mérito de lo expuesto, el suscrito Director General del Establecimiento Público Ambiental,

**RESUELVE**

**ARTÍCULO PRIMERO: -OTORGAR PERMISO COMO SITIO DE DISPOSICION FINAL DE RESIDUOS DE CONSTRUCCION Y DEMOLICION (RCD)** por el lapso de cinco (5) años, contados a partir de la notificación del presente acto administrativo, el cual puede ser renovado. al señor **LUIS FERNANDO GOMEZ CANO**, identificado con la cédula de ciudadanía **N°. 1.111.742.417,** para efectuar actividades en el predio que corresponde a la ubicación exacta así; kilómetro 16 vía cabal Pombo, sentido Buenaventura – Cal, coordenadas geográficas. 3°52'41.6"N 76°56'50.2"W

**PARÁGRAFO:** La presente autorización para la utilización del predio ubicado en el km 16 de la vía alterna, vía Buenaventura – Cali, margen derecha, como sitio de disposición final de RCD, le impone al autorizado las siguientes obligaciones ambientales que deberá cumplir:

- Implementar las medidas minimas de manejo ambiental para continuar con el recibo y disposición final de Residuos de Construcción y Demolición (RCD).
- Contar con equipos requeridos, de acuerdo con las actividades de manejo de RCD que oferten.
- Expedir constancia al generador de la cantidad de residuos gestionados en un tiempo máximo de 15 días calendario posteriores a la recepción de los RCD para su gestión, conforme a la información requerida en el formato del Anexo II, de la Resolución 1257 del 23 de noviembre del 2021.
- Presentar al EPA dentro de los 15 días calendario posteriores a la finalización de cada trimestre del año, el reporte del periodo inmediatamente anterior indicando la cantidad y el destino final de los residuos gestionados de acuerdo con el formato del Anexo III

de la Resolución 1257 del 23 de noviembre del 2021.

- El señor Luis Fernando Gómez Cano como beneficiario de la autorización ambiental para la utilización del predio ubicado en el km 7 de la vía alterna, vía Buenaventura – Cali, margen derecha, como sitio de disposición final de los RCD, queda sujeto al pago a favor del Establecimiento Público Ambiental – EPA, por los servicios de seguimiento y control de la autorización ambiental, acorde con lo establecido en el artículo 28 de la Ley 344 de 1996, modificado por el Articulo 96 de la Ley 633 de 2000 y el artículo 1° de la resolución N° 1280 de Julio 7 del 2010, originario del Ministerio de Ambiente, Vivienda y Desarrollo territorial (hoy Ministerio de Ambiente y desarrollo Sostenible – MADS) donde se estableció la escala tarifaria para el cobro de los servicios de evaluación y seguimiento de las Licencias Ambientales, Planes de Manejo, Ambiental, permisos, concesiones y autorizaciones para el uso, aprovechamiento y afectación de los recursos naturales renovables y demás instrumentos de control y manejo ambiental y de conformidad con la resolución 2018-100 del 09 de Agosto del 2018, modificada parcialmente mediante la Resolución N0. 2022-249 del 16 de septiembre de 2022.
- Los árboles que no hacen parte del inventario forestal presentado por la empresa deberán ser conservados y no podrán ser objeto de intervención alguna.
- Las labores de erradicación son las actividades relacionadas con la tala de los individuos autorizados para este tipo de prácticas.
- Las actividades de tala o apeo de árboles solo serán aplicables a los individuos que fueron autorizados, según la tabla de especies e individuos que aparecen en el área de impacto directo e inventariados previamente.
- Las labores de corte de árboles deben realizarse por personal especializado y con amplia experiencia en la ejecución de trabajos similares en entornos.
- Se deberán tomar las medidas de seguridad que garanticen la integridad del personal laboral en el área de influencia directa a la obra, además se debe evitar la afectación a los árboles que no son objetos de afectación.
- Los árboles deberán conservar su marcaje para el seguimiento de la autoridad ambiental
- Los residuos por erradicación (ramas, hojas, troncos etc), deberán recolectarse y transportarse hasta los sitios de disposición final, autorizados.
- El autorizado deberá llevar un control sobre los árboles a cortar, de acuerdo con el listado autorizado por la EPA.
- Se debe realizar la compensación forestal por los árboles afectados en una proporción de 1/10, lo que quiere decir que por cada árbol afectado se sembraran 10 árboles. los cuales deben ser concertados previamente con los propietarios de los predios afectados o la comunidad y la autoridad ambiental competente para este caso la EPA.
- En Colombia, las rondas hídricas —también conocidas como franjas paralelas a cauces y cuerpos de agua— están reguladas por diversos instrumentos normativos con enfoque forestal, establecidos en la legislación ambiental. Entre ellos se destacan el Decreto Ley 2811 de 1974, el Decreto 1076 de 2015 y el Decreto 2245 de 2017 (que

adiciona disposiciones al Decreto 1076). Estas normas definen los criterios técnicos para el acotamiento de rondas hídricas y la delimitación de áreas forestales protectoras. En este contexto, se identificó la presencia de **60 individuos forestales** ubicados dentro de la faja de protección del cauce, los cuales **no son aprobados** para intervención, de acuerdo con el inventario total de **227 individuos** presentado. En consecuencia, se aprueba la intervención de **167 individuos forestales** ubicados por fuera de dicha faja de protección. El total de individuos forestales a reponer serán 1.670 árboles.

- Presentar el plan de reposición en donde se explica el diseño y metodología a ser utilizada para realizar esta restauración, una vez se halla determinado la misma con la autoridad ambiental.
- El establecimiento Publico Ambiental tendrá la faculta de determinar la zona donde se realizará la reposición, que para este proceso es de media hectárea.
- La renovación de la autorización del sitio para la disposición final de los RCD deberá ser presentada dentro del primer trimestre del último año de vigencia del acto administrativo.
- Queda prohibido realizar actividades de intervención sobre la ronda de protección hídrica del cuerpo de agua presente en el predio, dicha ronda es de 30 metros.
- Queda prohibido realizar actividades de intervención sobre el ZODME licenciado por ANLA bajo el expediente LAM 4752.

En este sentido el tiempo de otorgamiento del derecho ambiental para el plan de reposición forestal deberá otorgarse por una vigencia de tres (3) años con el propósito de que se cumplan con los mantenimientos, por lo tanto, el cronograma de entregas de productos para el seguimiento quedará así:

- **Primer año:** Realizar aprovechamiento forestal otorgado y de manera inmediata se debe presentar el Plan de reposición e iniciar con la ejecución del mismo. una vez terminada la siembra, iniciar con los ciclos de mantenimiento los cuales técnicamente deben ser cada tres meses y presentar informes de avance al él EPA semestralmente.
- **Segundo año:** Se debe continuar con los mantenimientos trimestrales con la entrega de informe de monitoreo a él EPA, cada seis meses.
- **Tercer año:** Continuar con los mantenimientos trimestrales con la entrega de informe de monitoreo al EPA, cada seis meses, al finalizar este ciclo, se realizará una evaluación técnica permitiendo determinar el crecimiento de las especies y su interacción con la dinámica ecológica del área restaurada.

Para lo anterior, deberá entregarse en el mes de enero de cada año de operación del proyecto, obra o actividad, los costos históricos de operación del año anterior, y un estimativo de los costos de operación del año corriente y del siguiente año, todos expresados en moneda legal

colombiana y al nivel de precios del mes de enero del año de suministro de la información, teniendo en cuenta lo siguiente:

- Costos de operación. Comprende los costos requeridos para la administración operación y mantenimiento durante la vida útil hasta el desmantelamiento del proyecto, obra o actividad incluye lo siguiente:
- La mano de obra calificada y no calificada utilizada para la administración, operación y mantenimiento del proyecto, obra o actividad;
- Pago de arrendamiento servicios públicos, seguros y otros servicios requeridos;
- Los costos requeridos para la implementación de las medidas de manejo ambiental, el desmantelamiento del proyecto obra o actividad;
- Todos los demás costos y gastos de operación que permiten la obtención de beneficios económicos para los propietarios.

De no presentarse la información sobre los costos de operación del proyecto, obra o actividad en el mes de enero de cada año el Establecimiento Público Ambiental – EPA, cobrará por el servicio de seguimiento ambiental, la tarifa resultante de los costos en que incurre la entidad para atender el servicio de seguimiento calculado de acuerdo con el sistema y método del artículo 96 de la Ley 633 de 2000, sin tener en cuenta el tope de la tarifa señalado en la misma norma.

Finalmente, el Establecimiento Público Ambiental, por intermedio de la Subdirección de Control y Vigilancia, ejercerá las labores de seguimiento y control ambiental, para vigilar y supervisar el cumplimiento de las obligaciones impuestas y de verificarse su incumplimiento dará lugar a la aplicación de las sanciones pertinentes, acorde con lo establecido en la Ley 1333 del 2009.

**ARTICULO SEGUNDO: -INSCRIBIR** como gestor autorizado para la disposición final de RCD ante el Establecimiento Público ambiental de Distrito de Buenaventura por un lapso máximo de cinco (5) años renovables.

**ARTÍCULO TERCERO:** Advertir al beneficiario del Permiso otorgado mediante el presente acto administrativo, que cualquier incumplimiento a los términos, condiciones, obligaciones y requisitos establecidos en el presente acto administrativo, dará lugar a la aplicación de las medidas preventivas y/o sanciones pertinentes, acorde con lo establecido en la Ley 1333 de 2009, Decreto 1076 del 2015, previo el adelanto del procedimiento administrativo sancionatorio correspondiente.

**ARTÍCULO CUARTO:** Advertir al titular del presente permiso, que en caso de detectarse efectos ambientales no previstos, potenciales amenazas y riesgo al territorio, deberá suspender de manera inmediata la actividad autorizada hasta tanto se adelanten o se actualicen los estudios técnicos geológicos, geotécnicos, estructurales, hidrológicos e hidráulicos, paisajísticos, de conectividad ecológica, entre otros, para que el Establecimiento Público Ambiental de Buenaventura –EPA- determine y exija la adopción de las medidas preventivas y correctivas que considere necesarias,

sin perjuicio de las que deberá adoptar por cuenta propia el titular del permiso al tener conocimiento de los hechos.

**ARTÍCULO QUINTO:** Informar al beneficiario del presente permiso, que asume la responsabilidad por los perjuicios derivados del incumplimiento de los términos, condiciones, requisitos y obligaciones contenidos en la presente resolución y demás normatividad ambiental vigente.

**ARTÍCULO SEXTO** El Establecimiento Público Ambiental de Buenaventura –EPA-, ejercerá las labores de seguimiento y control ambiental para vigilar y supervisar al cumplimiento de las obligaciones impuestas y de verificarse su incumplimiento dará lugar a la aplicación de las sanciones pertinentes, acorde con lo establecido en la Ley 1333 de 2009 y el Decreto 1076 de 2015.

**ARTÍCULO SEPTIMO:** La renovación del permiso podrá ser por un término igual al inicialmente otorgado, previo concepto técnico de viabilidad y deberá solicitarse con un mes de anticipación a la fecha de vencimiento del permiso.

**ARTÍCULO OCTAVO:** Por parte del Establecimiento Público Ambiental de Buenaventura –EPA- publíquese la presente resolución en el boletín de actos administrativos de la entidad, acorde con los dispuesto en el artículo 71 de la Ley 99 de 1993.

**ARTÍCULO NOVENO:** Contra el presente acto administrativo procede el recurso de reposición en subsidio el de apelación de los cuales habrá de hacerse uso dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación, acorde con lo dispuesto en el artículo 76 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo Ley 1437 de 2011.

Dada, en Buenaventura, valle del cauca, a los dieciséis (16) días del mes de julio de Dos Mil Veinticinco (2025).

**NOTIFÍQUESE, PUBLÍQUESE Y CÚMPLASE**

**JHON ANTONY VALENCIA CAICEDO**
Director General
Establecimiento Público Ambiental
Distrito Especial de Buenaventura

**PROYECTÓ:** ABOGADA CONTRATISTA
**REVISÓ:** JORDY MAURICIO LOZANO ANGULO – JEFE DE LA OFICINA ASESORA JURÍDICA