Medellín, 09 de January de 2026

**LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS**

**HACE CONSTAR:**

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

**A continuación se relacionan las fechas de afiliación**

| Número identificación | Nombre | Fecha inicio afiliación | Fecha fin afiliación | Código de transacción | Tipo Cotizante | Estado |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Centro de trabajo: 0000000001 OBRA | | | Clase: 5 | Porcentaje Cotización: 6.96 % | | |
| C79730357 | VALENCIA ARANGO JUAN CARLOS | 13/01/2026 | | 62191238 | DEPENDIENTE | POR INICIAR |

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/01/2026 15:36:40 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.251.20.245, 198.143.41.41, 172.16.42.57

# FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

savia SALUD EPS

| No. De Radicado | Fecha de Radicado |
|---|---|
| | D D M M A A A A |



**I. DATOS DEL TRÁMITE** (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

| 1. Tipo de trámite | 2. Tipo de afiliación | | | | 3. Régimen | 4. Contribución solidaria |
|---|---|---|---|---|---|---|
| A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒ | A. Individual: | - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ | | | A. Contributivo ☒ | si ☐ |
| | | - Beneficiario o afiliado adicional ☐ | | | B. Subsidiado ☐ | no ☐ |
| | B. Colectiva ☐ | C. Institucional ☐ | D. De oficio ☐ | | | |

| 5. Tipo de afiliado | 6. Tipo de cotizante | 7. Código (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|
| A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐ | A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐ | |

**A. AFILIACIÓN**

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

| 8. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| VALENCIA | MARANGO | JUAN | CARLOS |
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 9. Tipo de documento de identidad | 10. Número del documento de identidad | 11. Sexo biológico | 12. Sexo identificación |
|---|---|---|---|
| CC | 79.730.357 | Femenino ☐ Masculino ☒ | F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual |

| 13. Nacionalidad | 14. Lugar de nacimiento | | | 15. Fecha de nacimiento |
|---|---|---|---|---|
| Colombiano ☐ | País Colombia | Departamento Antioquia | Municipio Medellín | D 07 M 09 A 1976 |

**III. DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Datos personales**

| 16. Etnia | 17. Comunidad | 18. Discapacidad | 19. Tiene encuesta SISBÉN | 20. Clasificación SISBÉN | 21. Grupo de población especial |
|---|---|---|---|---|---|
| | | SI ☐ NO ☐ Categoría de discapacidad | SI ☐ NO ☐ | Nivel Grupo | |

| 22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL | 23. Administradora de Pensiones | 24. Ingreso base de cotización - IBC | 25. Tarifa Contribución Solidaria |
|---|---|---|---|
| ARL SURA | PROTECCION | $1'750.905 | |

| 26. Residencia | | | |
|---|---|---|---|
| Cra 17 # 23-12 | | 3217652186 | |
| Dirección | Teléfono Fijo | Teléfono celular | Correo electrónico |

| Departamento | Municipio/ Distrito | Localidad/Comuna | Zona |
|---|---|---|---|
| ANTIOQUIA | MEDELLIN | | Cabecera Municipal ☒ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ |

**IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR**

**Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante**

| 27. Apellidos y nombres | | | |
|---|---|---|---|
| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |

| 28. Tipo de documento de identidad | 29. Número del documento de identidad | 30. Sexo biológico | 31. Sexo identificación | 32. Nacionalidad |
|---|---|---|---|---|
| | | Femenino ☐ Masculino ☐ | F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual | |

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

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

35. Apellidos y nombres

| | Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|---|
| B1 | | | | |
| B2 | | | | |
| B3 | | | | |
| B4 | | | | |
| B5 | | | | |

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

**Datos complementarios del Beneficiario**

| | 43. Parentesco | 44. Etnia | 45. Comunidad | 46. Grupo de población especial | 47. Tiene encuesta SISBÉN | | 48. Clasificación SISBÉN | | 49. Discapacidad | | | 50. Incapacidad permanente | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SI | NO | Nivel | Grupo | SI | NO | Categoría de discapacidad | SI | NO |
| B1 | | | | | | | | | | | | | |
| B2 | | | | | | | | | | | | | |
| B3 | | | | | | | | | | | | | |
| B4 | | | | | | | | | | | | | |
| B5 | | | | | | | | | | | | | |

**51. Datos de residencia**

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

| | Dirección | Localidad/Comuna | Correo Electrónico |
|---|---|---|---|
| B1 | | | |
| B2 | | | |
| B3 | | | |
| B4 | | | |
| B5 | | | |

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

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

| 55. Nombre o razón social | 56. Tipo de documento de identificación | 57. Número del documento de identificación | 58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS) |
|---|---|---|---|
| JUAN FELIPE GOMEZ MUÑOZ | CC | 16.073.571 | |

| 59. Ubicación | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Cra 25A # 81B - 30 | 6088758444 | jfgomezm126@gmail.com | CALDAS | MANIZALES |
| Dirección | Teléfono Fijo o Celular | Correo electrónico | Departamento | Municipio/Distrito |

## B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

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

## VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

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

| 65. EPS anterior | 66. Fecha de novedad | 67. Motivo de traslado | 68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones |
|---|---|---|---|
| | J 3 0 1 2 0 2 6 | Código | |

## VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

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

## VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| | | | |

| Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad |
|---|---|
| | |

## IX. FIRMAS

Juan Carlos Valencia

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

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

## X. ANEXOS

| | CN | RC | TI | CC | PA | CE | CD | SC | PT |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| [x] 82. Anexo copia del documento de identidad | | | | | | | | | |
| Cantidad de documentos de identidad anexos: | | | | | | | | | |

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

Total Anexos

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

| 92. Identificación de la Entidad Territorial | | 93. Nombre de la institución |
|---|---|---|
| Código del municipio | Código del departamento | |
| | | |

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

94. Apellidos y nombres

| Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre |
|---|---|---|---|
| Tipo documento de Identifidad | Número del documento de identidad | 95. Firma del funcionario | |
| | | | |

| 96. fecha de radicación | 97. Fecha de validación |
|---|---|
| D D M M A A A A | D D M M A A A A |
| | |

OBSERVACIONES:

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

# Protección

**Fondo de Pensiones Obligatorias Protección**

**NIT 800.229.739**

**Hace constar que:**

El(la) Señor(a) **VALENCIA ARANGO JUAN CARLOS** identificado(a) con **CC** número **79.730.357** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de noviembre de 2002 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 09 de enero de 2026.

Cordialmente,

**Cesar Mauricio Aubad Echeverry**
**Equipo Soporte para Clientes**

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

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

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 16073571 | 5 | JUAN FELIPE GOMEZ MUÑOZ | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | ALCALDIA MANIZALES | CARRERA 25 A 81B 30 | MANIZALES-CALDAS | 8925844 | 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 | 73387187 | 9499850900 | E | 2026/02/17 | 2026/02/18 | BANCO DAVIVIENDA | 1 | $4,755,100 |

**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 | Días | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 10256879 | ESCALANTE RIOS CONRADO | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 20 | $1,333,334 | $53,400 | CCF11 | 20 | $1,333,334 | $53,400 | 14-11 | 20 | $1,333,334 | $92,900 | 20 | $0 | $0 | Si | $199,700 |
| 2 | CC | 1007709271 | HENAO OCAMPO DANIEL | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 23 | $1,342,361 | $214,800 | EPS002 | 23 | $1,342,361 | $53,700 | CCF11 | 23 | $1,342,361 | $53,700 | 14-11 | 23 | $1,342,361 | $93,500 | 23 | $0 | $0 | Si | $415,700 |
| 3 | CC | 18805044 | HERNANDEZ TORDECILLA ROBERTO | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | CCF11 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | $121,900 | 30 | $0 | $0 | Si | $262,100 |
| 4 | CC | 1053819134 | HERNANDEZ VILLAMIL SEBASTIAN | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 1 | $66,667 | $10,700 | EPS037 | 1 | $66,667 | $2,700 | CCF11 | 1 | $66,667 | $2,700 | 14-11 | 1 | $66,667 | $4,700 | 1 | $0 | $0 | Si | $20,800 |
| 5 | CC | 75071143 | HERRERA CORREA JOSE FERNEY | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $2,000,000 | $320,000 | EPS002 | 30 | $2,000,000 | $80,000 | CCF11 | 30 | $2,000,000 | $80,000 | 14-11 | 30 | $2,000,000 | $139,200 | 30 | $0 | $0 | Si | $619,200 |
| 6 | CC | 1054479298 | LOPEZ BELTRAN JUAN CAMILO | | | | | | | X | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $1,750,905 | $280,200 | EPS002 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | CCF11 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | $121,900 | 30 | $0 | $0 | Si | $542,300 |
| 7 | CC | 1002576896 | LOPEZ BELTRAN KEVIN ANDRES | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 17 | $992,180 | $158,800 | EPS002 | 17 | $992,180 | $39,700 | CCF11 | 17 | $992,180 | $39,700 | 14-11 | 17 | $992,180 | $69,100 | 17 | $0 | $0 | Si | $307,300 |
| 8 | CC | 75107160 | MAYA ECHEVERRI FABIAN | | X | | | | | X | | | | | | | | | | | 230301 | 10 | $583,635 | $93,400 | EPS002 | 10 | $583,635 | $23,400 | CCF11 | 10 | $583,635 | $23,400 | 14-11 | 10 | $583,635 | $40,700 | 10 | $0 | $0 | Si | $180,900 |
| 9 | CC | 24814639 | MONTOYA CASTRO BLANCA LIA | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | 0 | $0 | $0 | EPS002 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | CCF11 | 30 | $1,750,905 | $70,100 | 14-11 | 30 | $1,750,905 | $121,900 | 30 | $0 | $0 | Si | $262,100 |
| 10 | CC | 1031155562 | MONTOYA AGUDELO DANIEL RICARDO | | X | | | | | X | | | | | | | | | | | 230301 | 20 | $1,167,270 | $186,800 | EPS041 | 20 | $1,167,270 | $46,700 | CCF11 | 20 | $1,167,270 | $46,700 | 14-11 | 20 | $1,167,270 | $81,300 | 20 | $0 | $0 | Si | $361,500 |
| 11 | CC | 18419848 | MONTOYA CASTRO JHONIER ANDRES | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 13 | $758,726 | $121,400 | EPS010 | 13 | $758,726 | $30,400 | CCF11 | 13 | $758,726 | $30,400 | 14-11 | 13 | $758,726 | $52,900 | 13 | $0 | $0 | Si | $235,100 |
| 12 | CC | 75033408 | NIETO LOPEZ CESAR AUGUSTO | X | X | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 5 | $291,818 | $46,700 | EPS002 | 5 | $291,818 | $11,700 | CCF11 | 5 | $291,818 | $11,700 | 14-11 | 5 | $291,818 | $20,400 | 5 | $0 | $0 | Si | $90,500 |
| 13 | CC | 10232952 | OSORNO RUIZ JAIME DE JESUS | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $3,000,000 | $480,000 | EPS002 | 30 | $3,000,000 | $120,000 | CCF11 | 30 | $3,000,000 | $120,000 | 14-11 | 30 | $3,000,000 | $208,800 | 30 | $0 | $0 | Si | $928,800 |
| 14 | CC | 79730357 | VALENCIA ARANGO JUAN CARLOS | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 18 | $1,050,543 | $168,100 | EPS040 | 18 | $1,050,543 | $42,100 | CCF11 | 18 | $1,050,543 | $42,100 | 14-11 | 18 | $1,050,543 | $73,200 | 18 | $0 | $0 | Si | $325,500 |
| **Total** | **Afiliados( 14)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $13,004,105 | $2,080,900 | | | $17,839,249 | $714,100 | | | $17,839,249 | $714,100 | | | $17,839,249 | $1,242,400 | | $0 | $0 | | $4,751,500 |

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 16073571 | 5 | JUAN FELIPE GOMEZ MUÑOZ | B - MENOS DE 200 COTIZANTES | ALCALDIA MANIZALES | CARRERA 25 A 81B 30 | MANIZALES-CALDAS | 8925844 | 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 | 73387187 | 9499850900 | E | 2026/02/17 | 2026/02/18 | BANCO DAVIVIENDA | 1 | $4,755,100 |

## RESUMEN DE PAGO

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 3) | | | | 11 | $2,080,900 | $1,500 | $0 | $2,082,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 3 | $806,900 | $600 | $0 | $807,500 |
| PORVENIR | 230301 | 800,224,808 | 8 | 4 | $560,400 | $400 | $0 | $560,800 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 4 | $713,600 | $500 | $0 | $714,100 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 14 | $1,242,400 | $800 | $0 | $1,243,200 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 14 | $1,242,400 | $800 | $0 | $1,243,200 |
| CCF (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 14 | $714,100 | $500 | $0 | $714,600 |
| CONFAMILIARES | CCF11 | 890,806,490 | 5 | 14 | $714,100 | $500 | $0 | $714,600 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 5) | | | | 14 | $714,100 | $800 | $0 | $714,900 |
| EPS SURA (ANTES SUSALUD) | EPS010 | 800,088,702 | 2 | 1 | $30,400 | $100 | $0 | $30,500 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $2,700 | $100 | $0 | $2,800 |
| NUEVA EPS MOVILIDAD | EPS041 | 900,156,264 | 2 | 1 | $46,700 | $100 | $0 | $46,800 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 10 | $592,200 | $400 | $0 | $592,600 |
| SAVIA SALUD | EPS040 | 900,604,350 | 0 | 1 | $42,100 | $100 | $0 | $42,200 |
| **TOTAL** | | | | **14** | **$4,751,500** | **$3,600** | **$0** | **$4,755,100** |

| | | |
|---|---|---|
| | **REGISTRO DE ASISTENCIA**<br>**INDUCCIÓN Y/O REINDUCCIÓN EN SST** | **Código: FT-SST-002**<br>**Versión:1**<br>**Fecha: 04/09/2025** |

**FECHA:** 13/02/2026 **CENTRO DE TRABAJO:** MANIZALES

**LUGAR:** SEDE SINAI **DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD:** 35 MIN

**TEMA:** INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, MARCO LEGAL EN EL SG-SST, SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL DE ACUERDO A LA LEY 100, DOCUMENTOS MÁS IMPORTANTES EN EL (SG –SST), QUÉ ES RIESGO Y QUÉ ES PELIGRO, OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR, QUÉ ES UN COPASST Y QUÉ ES UN COMITÉ DE CONVIVENCIA, CONFORMACIÓN DE LAS BRIGADAS DE EMERGENCIA, DEBERES Y DERECHOS DE LOS EMPLEADOS, QUÉ ES UN ACCIDENTE DE TRABAJO Y UNA ENFERMEDAD LABORAL, PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR UN REPORTE DE TRABAJO

**DICTADO POR:** LIA MONTOYA CASTRO

**Manifiesto que he recibido y entendido en todo su alcance el tema tratado y me comprometo a aplicar los aspectos y responsabilidades e igualmente a cumplir con las normas, instrucciones y/o procedimientos de los que fui enterado en esta INDUCCIÓN Y/O REINDUCCIÓN EN SST**

| ITEM | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA | ENTENDIDO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | SI | NO |
| 1 | Juan Carlos Valencia A | 79.730.357 | Ayudante | Juan Carlos | X | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |
| 25 | | | | | | |

**FIRMA DEL PROFESIONAL**

Powered by CamScanner

| | FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y/O REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código: FT-SST-005<br>Versión:1<br>Fecha: 04/09/2025<br>Página: 1 do 2 |
|---|---|---|

NOMBRE: Juan Carlos Valencia CEDULA: 97.730.353

CARGO: Ayudante FECHA: 19/01/26

CENTRO DE TRABAJO: SINAI

**1. Señale con una línea la parte del cuerpo donde debemos colocarnos cada elemento de protección personal**



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



Irrespetar, pelear o reñir con compañeros



Estar sin casco de seguridad en los frentes de trabajo



Informarle al jefe inmediato los accidentes de trabajo



Trabajar en alturas sin el uso del arnés de seguridad



Reportar condiciones de inseguridad a los jefes



Señalizar el área de trabajo



consumir o distribuir marihuana



Llegar en estado de embriaguez

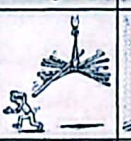
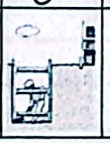


Asistir a las capacitaciones de seguridad y salud en el Trabajo



Ingresar o portar armas

**3. Escriba el numero de la imagen de la condición o acto inseguro corregido que corresponde:**

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 7 | 1 | 6 | 8 | 2 | 5 | 9 | 4 | 3 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4. Cuáles son los riesgos existentes en la empresa, (marque con una X la respuesta correcta )**

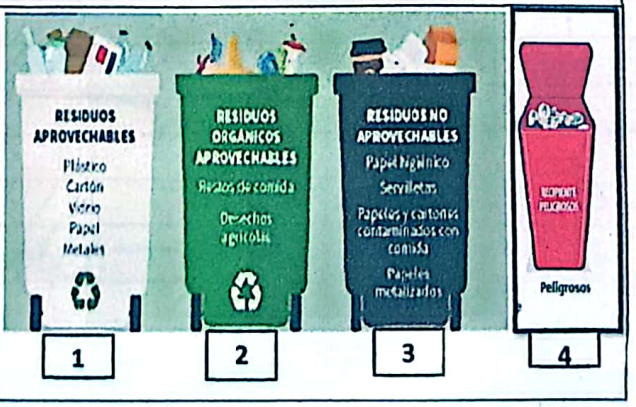
a. Riesgos Físicos X
b. Riesgos Químicos
c. Riesgos Biológicos
d. Condiciones de Seguridad
e. Riesgos Eléctricos
f. Riesgos Biomecánicos
g. Riesgos Psicosociales
h. Fenómenos Naturales
i. Todas las Anteriores X

**5. Como esta conformada la Ley 100, del Sistema de la Seguridad Social**

a. ARL, EPS, AFP
b. ARL, EPS
c. EPS, AFP
d. ARL, AFP
e. Todas las anteriores

**6. Escriba al frente de cada residuo, el número que corresponde a la caneca donde se debería depositar el mismo.**

| RESIDUOS | ILUSTRACIÓN | RECIPIENTE |
|---|---|---|
| Estopas impregnadas con grasas y aceites, Envases de sustancias químicas peligrosas |  | 4 |
| Cartón Limpio, papel periódico, papel Archivo, Botellas plásticas, vasos plásticos, bolsas. |  | 1 |
| Papeles y cartones contaminados con comida, papeles metalizados |  | 2 |
| Residuos de comida, cascaras de fruta, servilletas, cigarrillos, icopo, empaques de alimentos |  | 3 |




Powered by CamScanner

| | FORMATO DE EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN Y/O REINDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | Código: FT-SST-005<br>Versión:1<br>Fecha: 04/09/2025<br>Página: 2 de 2 |
|---|---|---|

**7. Marque con una X cuales son las politicas de la empresa**

| Política de Seguridad y Salud enel Trabajo | Política Contra el Acoso Laboral | Política no Consumo de Alcohol, Drogas y Tabaquismo | Política de Preparación y Respuesta ante Emergencias | Política de Seguridad Vial | Política ambiental | Todas las anteriores |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | X |

**8. Indique que hacer en caso de presentarse un accidente laboral y cual es la entidad que lo atiende:**

Informar al Jefe de turno y al SST

**9. Qué se debe hacer en caso de emergencia**

Conservar la Calma y Reaccionar

**Reflexión: Cuál es su mayor motivación para cuidarse en el desarrollo de su trabajo?**

Mi familia y mi Salud

**Recuerda, todos somos responsables de la seguridad al interior de la empresa y siempre hay alguien que te espera.**

FIRMA DEL TRABAJADOR Juan Carlos Valencia FIRMA RESPONSABLE DEL SG-SST

CC

| CALIFICACIÓN | 10 | EFICACIA | APROBO | X | REPROBO | |
|---|---|---|---|---|---|---|

**La escala de calificación es de 1 a 10, y el trabajador aprueba con una calificación igual o superior a 7.5.**

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| | **REGISTRO DE ASISTENCIA**<br>**CAPACITACIÓN, SOCIALIZACIÓN, CHARLAS Y OTROS** | Código: FT-SST-002<br>Versión:1<br>Fecha: 04/09/2025 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **FECHA:** | 16/01/26 | **CENTRO DE TRABAJO:** | Manizales |
| **LUGAR:** | SINAI | **DURACIÓN DE LA ACTIVIDAD:** | 40 mts |

**TEMA:** Construyendo Con Seguridad y Respeto

**DICTADO POR:** Lia Montoya Castro

**Manifiesto que he recibido y entendido en todo su alcance el tema tratado y me comprometo a aplicar los aspectos y responsabilidades e igualmente a cumplir con las normas, instrucciones y/o procedimientos de los que fui enterado en esta CAPACITACIÓN, SOCIALIZACIÓN, CHARLAS Y OTROS**

| ITEM | NOMBRES Y APELLIDOS | CÉDULA | CARGO | FIRMA | ENTENDIDO SI | ENTENDIDO NO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jose Ferney Herrera | 75.071.143 | Oficial | | | |
| 2 | Juan Camilo Lopez | 1.053.479.298 | Ayudante | | | |
| 3 | Conrrado Escalante | 10256879 | Oficial | | | |
| 4 | Daniel Montoya | 1.031.155502 | Ayudante | | | |
| 5 | Kevin Andre Lopez | 1.002.576886 | Ayudnte | | | |
| 6 | Roberto Hernandez | 1.8805044 | Ayuntte | | | |
| 7 | Juan Carlos Valencia | 97.730.353 | Ayudante | | | |
| 8 | Cesar A Mejia | 75.073.408 | Ayudnte | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| 16 | | | | | | |
| 17 | | | | | | |
| 18 | | | | | | |
| 19 | | | | | | |
| 20 | | | | | | |
| 21 | | | | | | |
| 22 | | | | | | |
| 23 | | | | | | |
| 24 | | | | | | |

**FIRMA DEL PROFESIONAL**

Powered by CamScanner

| | | |
|---|---|---|
| JUAN FELIPE GÓMEZ MUÑOZ INGENIERO CIVIL | **ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL- EPP** | Código: FT-SST-003<br>Versión:1<br>Fecha: 04/09/2025 |

**NOMBRE DEL TRABAJADOR:** JUAN CAMILO LÒPEZ BELTRAN **CEDULA No.** 1.054.479.298

**CARGO:** AYUDANTE **FECHA DE INGRESO:** 26/12/2025 **FECHA DE RETIRO:**

| FECHA DE ENTREGA (dd-mm-aaaa) | PROTECCION CABEZA | | PROTECCION PIES | | P. INVERNAL | PROTECCION MANOS | | | | | PROTECCION RESPIRATORIA | | PROTECCION OJOS | | | | PROTECCION AUDITIVA | | EQUIPOS ESPECIALES | | | | COMPLEMENTARIOS | | | FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CASCO | GORRO SAFARI | BOTAS CUERO PUNTERA | BOTAS CAUCHO PUNTERA | CHAQUETA Y PANTALON | GUANTES CARNAZA | GUANTES VAQUETA | GUANTES CAUCHO | GUANTES NYLONNITRILO | GUANTES LATEX | MASCARILLA TELA | MASCARILLA FILTRO | GAFAS OSCURAS | MONOGAFAS | GAFAS TRANSPARENTES | CARETA | COPA | INSERCION | ARNES | ESLINGAS | BARBUQUEJO | LINEA DE VIDA | PETO | CHALECO REFLECTIVO MALLA | CHALECO CORPORATIVO | |
| 26/12/25 | P | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | X | | Camilo Lopez |
| 29/12/25 | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | Camilo Lopez |
| 2/02/26 | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | | | Camilo Lopez |

El trabajador manifiesta haber recibido capacitación sobre los riesgos para los cuales debe ser usado el elemento de protección personal suministrado y se obliga a reportar de manera inmediata cualquier daño, pérdida o desgaste para proceder a su respectiva reposición; se compromete a dar uso adecuado de los mismos. Igualmente Yo autorizo al INGENIERO JUAN FELIPE GÓMEZ MUÑOZ para que descuente de mi salario el valor correspondiente del EPP en caso de daño, pérdida intencional o la no devolución del mismo.

**FIRMA DE QUIEN ENTREGA** **FIRMA DEL TRABAJADOR** Camilo Lopez.

**C.C.** 30.324.341 **C.C.#** 1054479298.



Powered by CamScanner

# ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL- EPP

Código: FT-SST-003
Versión:1
Fecha: 04/09/2025

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JOSÉ FERNEY HERRERA | CEDULA No. 75.071.143

CARGO: OFICIAL | FECHA DE INGRESO: 9/12/2025 | FECHA DE RETIRO:

| FECHA DE ENTREGA (dd-mm-aaaa) | PROTECCION CABEZA | | PROTECCION PIES | | P. INVERNAL | PROTECCION MANOS | | | | | PROTECCION RESPIRATORIA | | PROTECCION OJOS | | | | PROTECCION AUDITIVA | | EQUIPOS ESPECIALES | | | | COMPLEMENTARIOS | | | FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CASCO | GORRO SAFARI | BOTAS CUERO PUNTERA | BOTAS CAUCHO PUNTERA | CHAQUETA Y PANTALON | GUANTES CARNAZA | GUANTES VAQUETA | GUANTES CAUCHO | GUANTES NYLON/NITRILO | GUANTES LATEX | MASCARILLA TELA | MASCARILLA FILTRO | GAFAS OSCURAS | MONOGAFAS | GAFAS TRANSPARENTES | CARETA | COPA | INSERCION | ARNES | ESLINGAS | BARBUQUEJO | LINEA DE VIDA | PETO | CHALECO REFLECTIVO MALLA | CHALECO CORPORATIVO | |
| 11/12/2025 | X | | | | | | | | X | | | X | | | X | | | | | | | | | X | | |
| 2/02/26 | | | | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | |

El trabajador manifiesta haber recibido capacitación sobre los riesgos para los cuales debe ser usado el elemento de protección personal suministrado y se obliga a reportar de manera inmediata cualquier daño, pérdida o desgaste para procedar a su respectiva reposición; se compromete a dar uso adecuado de los mismos . Igualmente Yo autorizo al INGENIERO JUAN FELIPE GÓMEZ MUÑOZ para que descuente de mi salario el valor correspondiente del EPP en caso de daño, pérdida intencional o la no devolución del mismo.

FIRMA DE QUIEN ENTREGA | C.C.# 30.324.341

FIRMA DEL TRABAJADOR | C.C.# 75071143

Powered by CamScanner

| | ENTREGA DE ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL- EPP | Código: FT-SST-003<br>Versión:1<br>Fecha: 04/09/2025 |
|---|---|---|

NOMBRE DEL TRABAJADOR: ROBERTO HERNANDEZ TORDECILLA CEDULA No. 18.805.044

CARGO: AYUDANTE FECHA DE INGRESO: FECHA DE RETIRO:

| FECHA DE ENTREGA (dd-mm-aaaa) | PROTECCION CABEZA | | PROTECCION PIES | | P. INVERNAL | PROTECCION MANOS | | | | | PROTECCION RESPIRATORIA | | PROTECCION OJOS | | | | PROTECCION AUDITIVA | | EQUIPOS ESPECIALES | | | | COMPLEMENTARIOS | | | FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | CASCO | GORRO SAFARI | BOTAS CUERO PUNTERA | BOTAS CAUCHO PUNTERA | CHAQUETA Y PANTALON | GUANTES CARNAZA | GUANTES VAQUETA | GUANTES CAUCHO | GUANTES NYLON/NITRILO | GUANTES LATEX | MASCARILLA TELA | MASCARILLA FILTRO | GAFAS OSCURAS | MONOGAFAS | GAFAS TRANSPARENTES | CARETA | COPA | INSERCION | ARNES | ESLINGAS | BARBUQUEJO | LINEA DE VIDA | PETO | CHALECO REFLECTIVO MALLA | CHALECO CORPORATIVO | |
| 11/12/2025 | X | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | | X | | |
| 2/02/25 | | | | | | | | | | | | X | | | | | | | | | | | | | | |

El trabajador manifiesta haber recibido capacitación sobre los riesgos para los cuales debe ser usado el elemento de protección personal suministrado y se obliga a reportar de manera inmediata cualquier daño, pérdida o desgaste para proceder a su respectiva reposición; se compromete a dar uso adecuado de los mismos . Igualmente YO autorizo al INGENIERO JUAN FELIPE GÓMEZ MUÑOZ para que descuente de mi salario el valor correspondiente del EPP en caso de daño, pérdida intencional o la no devolución del mismo.

FIRMA DE QUIEN ENTREGA

C.C. 30.324.341

FIRMA DEL TRABAJADOR

C.C.# 18805044

Powered by CamScanner

JUAN FELIPE GÓMEZ MUÑOZ
INGENIERO CIVIL

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE TALADRO DE MANO

Código: FT-SST-026
Versión: 1
Fecha: 14/08/2025

| NOMBRE DEL TRABAJADOR | CEDULA | EPS | ARL | FIRMA DEL TRABAJADOR |
|---|---|---|---|---|
| Luis Hernán Alzate | 4.345.790 | S. total | Equidad | |
| **NOMBRE DEL JEFE DE ÁREA** | **CEDULA** | **EPS** | **ARL** | **FIRMA DEL JEFE DE ÁREA** |
| Danna V. Cano | 1.003.811.310 | Sanitas | Sura | |
| **NOMBRE DEL RESPONSABLE SST** | **CEDULA** | **EPS** | **ARL** | **FIRMA DEL RESPONSABLE SST** |
| Lia Montoya Castro | 24.814.839 | S. total | Positiva | |

No. SERIAL: | MARCA DEL TALADRO: DEWALT | MODELO DEL EQUIPO: Bosch

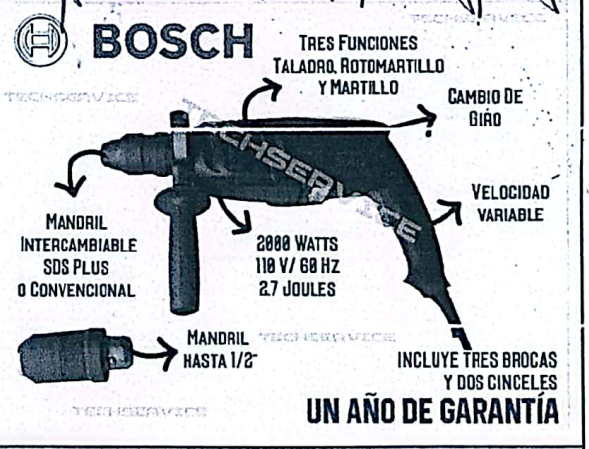
SEMANA DEL DIA: 19, 01, 26 AL 24, 01, 26

| SEMANAL | LUNES | | | MARTES | | | MIERCOLES | | | JUEVES | | | VIERNES | | | SABADO | | | DOMINGO | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| LISTA DE CHEQUEO PREOPERACIONAL | B | M | R | B | M | R | B | M | R | B | M | R | B | M | R | B | M | R | B | M | R |
| Estado del cable y las conexiones eléctricas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Clavija de tres patas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Manguito guia de profundidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mango lateral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del mandril | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Porta brocas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Llave para porta brocas | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Protector de cable con sujeta llaves | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selector de modalidad | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mango lateral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del interruptor de encendido (gatillo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del cuerpo (carcasa) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del interruptor de acción de martillo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Estado del boton del seguro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El operador se encuentra en óptimas condiciones para la operación segura del equipo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| El operador cuenta con los Elementos de Protección Personal requeridos para ñla operación segura del equipo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si el trabajo se ejecutara en áreas clasificadas, se realizara medición de atmósfera | | | | | | | | | | | | | N/A | | | N/A | | | | | |

**OBSERVACIONES**

sSi uno o mas de los items de la lista de chequeo se le asigna alguna "X", indica que el taladro No deberá ser operado, inmediatamente deberá ser etiqueteado con "NO OPERAR" y remitir a mantenimiento

Casco, gafas, guantes
Proteccion Auditiva.




**PERSONAL QUE OPERA LOS EQUIPOS**

| RESPONSABLES Del C.T.S.A | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SÁBADO | DOMINGO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FIRMA DEL TRABAJADOR | | | | | | | |
| FIRMA DEL TRABAJADOR | | | | | | | |
| HORA INICIAL | | | | | | | |
| HORA FINAL | | | | | | | |
| FECHA | | | | | | | |

Powered by CamScanner

# INSPECCIÓN DE EQUIPOS DE TRABAJO PARA ALTURAS

Código: FT-SST-024
Versión: 1
Fecha: 04/09/2025

FECHA DE INSPECCION: 22/01/2026

## ARNES DE SEGURIDAD

| ASPECTOS A INSPECCIONAR | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | |
| | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | |
| | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | |
| | | # ARNES | | | # ARNES | | | # ARNES | | | # ARNES | | | # ARNES | | |
| | | 001 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A |
| Herrajes | Deformación | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rotura | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Bordes afilados | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Rebabas | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Desgaste | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Corrosión | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Aislante de herraje | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cintas | Deshilachado | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Fibras cortadas | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Perforaciones | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Raspaduras | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Moho | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Quemduras | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Decoloración | | | | | | | | | | | | | | | |
| Costuras | Hilos salidos | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Hilos cortados | | | | | | | | | | | | | | | |
| Etiquetas | Etiquetas presentes | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Legibles | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicador de impacto | Costura completa | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Pliegue prensado | | | | | | | | | | | | | | | |

## ESLINGAS DOBLES

| ASPECTOS A INSPECCIONAR | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 3190505 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | |
| | | 2021 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | |
| | | 01/2021 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | |
| | | E.P.I | | | | | | | | | | | | | | |
| | | # ESLINGA | | | # ESLINGA | | | # ESLINGA | | | # ESLINGA | | | # ESLINGA | | |
| | | 001 | | | 002 | | | | | | | | | | | |
| | | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A |
| Ganchos | Ajustan perfectamente | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| | Poseen seguro | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| | Libres de fisuras | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| | Libres de corrosión | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| Cuerda o cintas | Libre de rotura | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| | Trenzado completo | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| | Libre nudos y empates | ✓ | | | ✓ | | | | | | | | | | | |
| | Libre Sustancias Químicas | | X | | ✓ | | | | | | | | | | | |

## ESLINGAS DE POSICIONAMIENTO

| ASPECTOS A INSPECCIONAR | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | |
| | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | |
| | | | | | | | | | | | | | | nov-18 | | |
| | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | |
| | | # ESLINGA | | | # ESLINGA | | | # ESLINGA | | | # ESLINGA | | | # ESLINGA | | |
| | | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A |
| Ganchos | Ajustan perfectamente | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Poseen seguro | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libres de fisuras | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libres de corrosión | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuerda o cintas | Libre de rotura | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Trenzado completo | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libre nudos y empates | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libre Sustancias Químicas | | | | | | | | | | | | | | | |

Powered by CamScanner

## LÍNEAS DE VIDA

| ASPECTOS A INSPECCIONAR | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | 2011822143 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | |
| | | 07/2024 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | |
| | | TRENZACOL | | | | | | | | | | | | | | |
| | | #LINEA DE VIDA | | | #LINEA DE VIDA | | | #LINEA DE VIDA | | | #LINEA DE VIDA | | | #LINEA DE VIDA | | |
| | | 001 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A |
| Mosquetones | Ajustan perfectamente | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Poseen seguro | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libres de fisuras | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libres de corrosión | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| Cuerda | Libre de rotura | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Trenzado completo | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libre nudos y empates | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libre Sustancias Químicas | ✓ | | | | | | | | | | | | | | |

## TIE OFF

| ASPECTOS A INSPECCIONAR | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | |
| | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | |
| | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | |
| | | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A |
| Mosquetones | Ajustan perfectamente | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Poseen seguro | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libres de fisuras | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libres de corrosión | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cintas | Libre de rotura | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Trenzado completo | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libre nudos y empates | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libre Sustancias Químicas | | | | | | | | | | | | | | | |

## MOSQUETONES

| ASPECTOS A INSPECCIONAR | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | | SERIE | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | | MODELO | | |
| | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | | FECHA FAB. | | |
| | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | | FABRICANTE | | |
| | | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A | SI | NO | N/A |
| Herrajes | Ajustan perfectamente | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Poseen seguro | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libres de fisuras | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Libres de corrosión | | | | | | | | | | | | | | | |

| OBSERVACIONES | FIRMA | |
|---|---|---|
| Eslinga 002 → Dar de baja malas condiciones | FECHA DE INSPECCIÓN | 22/01/2026 |
| | COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURAS | |

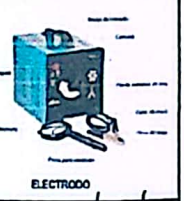
Powered by CamScanner

# INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DEL SOLDADOR

Código: FT-SST-032
Versión: 1
Fecha: 17/09/2025

INSPECCIONADO POR: Cid Montoya Casto CARGO: SST

SERIAL: _____ MODELO: _____ MARCA: _____ EQUIPO No. LINCON




LOCALIZACIÓN: SEDE DE SINAL PERIODO: 19 01 26 HASTA: 24 01 26

OPERADOR DEL OPERADOR: Luis Hernan Alzate CÉDULA: 4.345.790 ARL: equidad

MARQUE EN LAS CASILLAS CON LA LETRA SEGÚN CORRESPONDA:
C (CUMPLE) NC (NO CUMPLE) NA (NO APLICA)

| ITEM | DESCRIPCIÓN | LUN. | MAR. | MIER. | JUEV. | VIER. | SAB. | DOM. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | EQUIPO | | | | | | | |
| 1 | Estado general | | | | | | | |
| 2 | Sistemas electricos (cables, terminales, pinzas de masa y porta electródos) | | | | | | | |
| 3 | Condiciones del sistema de refrigeración | | | | | | | |
| 4 | Funcionamiento del panel de control | | | | | | | |
| 5 | Prueba del disyuntor diferencial (polo a tierra) | | | | | | | |
| 6 | Estado del encendido (arranque) | | | | | | | |
| 7 | Funcionamiento del motor | | | | | | | |
| 8 | Fuente de energía | | | | | | | |
| | CABLES | | | | | | | |
| 9 | Condición de los cables | | | | | | | |
| 10 | Sistema de aislamiento (revestimiento cables) | | | | | | | |
| 11 | Sistema de conexión (enchufe, cable, etc) | | | | | | | |
| 12 | Conexión a tierra (cable a tierra) | | | | | | | |
| 13 | Estado de la pinza (conexión al cable) | | | | | | | |
| | ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | | | | | | | |
| 14 | Máscara de soldar | | | | | | | |
| 15 | Perchera, delantal de cuero, polainas piernas, etc | | | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 16 | Lentes de seguridad (antiparras) | | | | | | | |
| 17 | Guantes | | | | | | | |
| 18 | Protector facial | | | | | | | |
| | Conforme a la presente inscripción se autoriza el uso del equipo de soldar | | | | | | | |
| | FIRMA DEL OPERADOR | | | L.H.A | L.H.A | L.H.A | L.H.A | |

OTROS:

OBSERVACIONES:

PRODUCTO CONFORME? SI: N NO:

REVISADO POR: Cid Montoya

FIRMA DEL OPERADOR: Luis Hern

Powered by CamScanner

| | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | CODIGO: FT-SST-023<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 25/08/2025<br>PÁGINA 1 de 3 |
|---|---|---|

# PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA

**Resolución 4272 de 2021, Artículo 15.** Todos los trabajos en alturas deben obedecer a una acción planificada, organizada y ejecutada por trabajadores autorizados que debe verse reflejada en los controles administrativos como el Permiso de trabajo o sus anexos. Siempre que un trabajador ingrese a una zona de peligro, debe contar con la debida autorización y si requiere exponerse al riesgo de caídas, debe contar con un aval a través de un permiso de trabajo en alturas acompañado de una lista de chequeo, más aún en caso de que no haya barandas, sistemas de control de acceso, demarcación o sistemas de barreras físicas que cumplan con las especificaciones descritas en la presente resolución.

## DATOS BASICOS DEL PERMISO DE TRABAJO EN ALTURA

| Proyecto: | | Ciudad: | Manizales | Lugar de Trabajo / Area: | Escuela Sinai |
|---|---|---|---|---|---|

Fecha del Trabajo Desde ( 20/01/26 Hasta ( 24/1/26 Hora de Inicio (a.m./p.m.): 10:00 am Hora de Finalización (a.m./p.m.): 5:00

## 1. INFORMACION DE COLABORADORES

| Cedula (Ejecutor) | Nombres y Apellidos (Ejecutor) | FIRMA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | LUNES | MARTES | MIERCOLES | JUEVES | VIERNES | SABADO | DOMINGO |
| 75071143 | Jose Ferney Herrera | | JoFH | JoFH | JoFH | JoFH | JoFH | |
| 18805044 | Roberto Hernandez | | Roberto | Roberto | Roberto | Roberto | Roberto | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

## 2. DESCRIPCION DEL TRABAJO A REALIZAR

| Tipos de trabajos en alturas a | Escalera: | X | Andamio: | | Techos: | | Fachada: | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Suspensión: | Borde Losa: | | Otro; cual | | | | | | |

Altura aproximada a la cual se va a desarrollar la actividad: 8 mts.

**Descripción del procedimiento de la tarea:**

RECORRIDO DE CUBIERTA Y CAMBIO DE TEJAS

## 3. HERRAMIENTAS Y/O EQUIPOS A UTILIZAR Y ESTADO

| N. | ELEMENTO | BUENO | MALO | N/A |
|---|---|---|---|---|
| 1 | | ✓ | | |
| 2 | Alicate | ✓ | | |
| 3 | Amarras | ✓ | | |
| 4 | Alambre | ✓ | | |
| 5 | Corta frio | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |
| 8 | | | | |
| 9 | | | | |
| 10 | | | | |

## 4. MEDIDAS DE PREVENCION Y PROTECCION

| Sistemas de Acceso a Utilizar: | Andamio | Escalera X | Plataforma | Se involucran otras TAR: | Sí No | Espacio Confinados | Trabajo en caliente | Energías Peligrosas |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Otros (¿Cuáles?) | | | | | Otras (¿Cuáles?) | | | |

| Barandas | Sí No | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Cinta de demarcación / delimitación | Sí No X | Conos | Sí No | Señalización | Sí No | control de superficies con huecos | Sí NA X |

## 5. VERIFICACIÓN DE CONDICIONES GENERALES

| ITEM | CONDICIÓN | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿El personal está capacitado, conoce los riesgos, los procedimientos y presenta buen estado de salud? Para el trabajo | ✓ | | |
| 2 | ¿Se conoce el procedimiento de seguridad? | ✓ | | |
| 3 | ¿Se inspeccionaron y están en buen estado los elementos de protección personal? | ✓ | | |
| 4 | ¿Las condiciones climáticas ofrecen seguridad para realizar la labor? | ✓ | | |
| 5 | ¿Están delimitadas y señalizada el área sobre donde se realiza el trabajo y donde pueden caer objetos? | ✓ | | |
| 6 | ¿Existen cables de alta tensión cerca al trabajo y se han tomado las medidas correctivas? ¿Cerrar el circuito o cubrir con elementos dieléctricos? | ✓ | | |
| 7 | ¿El anclaje del sistema anti caída garantiza una resistencia mínima de 2268 kg? | ✓ | | |
| 8 | Verificación de los puntos de anclaje por cada trabajador. | ✓ | | |

Powered by CamScanner

| | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | CODIGO: FT-SST-023<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 25/08/2025<br>PÁGINA 2 de 3 |
|---|---|---|

| ITEM | ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL | SI | NO | N/A |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Casco con barbuquejo de apoyo | | | |
| 2 | Guantes de seguridad | | | |
| 3 | Botas de seguridad con puntera | | | |
| 4 | Gafas de seguridad | | | |
| 5 | Protección auditiva | | | |
| 6 | Mascarilla respiratoria | | | |
| 7 | Otros (¿Cuáles?) | | | |
| **ITEM** | **EQUIPOS DE PROTECCION CONTRA CAIDAS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 1 | Arnes de cuerpo entero | | | |
| 2 | Linea de vida vertical | | | |
| 3 | Linea de vida horizontal | | | |
| 4 | Eslinga de posicionamiento | | | |
| 5 | Eslinga sencilla con absorvedor de impacto | | | |
| 6 | Eslinga en Y con absorvedor de impacto | | | |
| 7 | Eslinga de restriccion | | | |
| 8 | Arrestador de caida | | | |
| 9 | Mosquetones | | | |
| 10 | Otros (¿Cuáles?) | | | |
| 11 | Están los trabajadores autorizados entrenados en el uso de los EPP y el sistema de protección contra caidas | | | |
| **ITEM** | **SISTEMAS DE PREVENCIÓN** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 1 | ¿El trabajador que realiza la actividad cuenta con capacitación en la labor y está certificado en alturas vigente? | | | |
| 2 | Existe un sistema de alarma audible para informar a los trabajadores que se está realizando la labor, especifiqué: Pito | | | |
| 3 | ¿La empresa cuenta con un programa de protección contra caídas? | | | |
| 4 | ¿El área de trabajo se encuentra delimitada y señalizada? | | | |
| 5 | ¿Las barandas cumplen con la normatividad legal dispuestas en la resolución 1409 actualización 4272 de 2021 ? | | | |
| **ITEM** | **TRABAJO EN CALIENTE** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 1 | Se han instalado mamparas y/o se han aislado para proteger a las personas y equipos de áreas vecinas de chispas | | | |
| 3 | Se dispone de extintores | | | |
| 4 | El equipo a utilizar esta con su guarda de seguridad? | | | |
| 5 | El sitio en donde se ejecutara el trabajo está libre de sustancias químicas y de materiales combustibles e inflamables | | | |
| **ITEM** | **TRABAJO EN ESCALERAS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 1 | ¿Los peldaños y los largueros están sin rupturas, sin añadiduras? | | | |
| 2 | ¿La inclinación de la escalera está: pies junto a las zapatas de la escalera, cuerpo rígido y brazos extendidos al peldaño a la altura del hombro? | | | |
| 3 | ¿Los largueros en la parte superior sobrepasan el nivel de trabajo? | | | |
| 4 | ¿El trabajo en la escalera amerita de anclajes y uso de arnés? | | | |
| **ITEM** | **TRABAJO EN ANDAMIOS** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 1 | ¿Se han inspeccionado las cantidades necesarias de cuerpos, tijeras y plataformas ? | | | |
| 2 | ¿Se ha mejorado o el piso permite el nivel adecuado para la estabilidad del andamio? | | | |
| 3 | ¿Las escaleras del andamio han quedado en la misma dirección para evitar que los trabajadores se desplacen de lado a lado? | | | |
| 4 | ¿Para el ascenso y el descenso se requiere de eslinga en Y ? | | | |
| **ITEM** | **TRABAJO EN SUSPENSIÓN** | **SI** | **NO** | **N/A** |
| 1 | ¿Si el trabajo es en espacio confinado se evaluaron los niveles de oxígeno? | | | |
| 2 | ¿Se cuenta con linea de vida y linea de trabajo para la actividad en suspension? | | | |

**6. INSPECCIÓN DE EPCC PARA DETENCIÓN DE CAÍDAS**

| USO | | ELEMENTO | B | M | N/A |
|---|---|---|---|---|---|
| SI X | NO | Arnes de cuerpo entero | | | |
| SI | NO X | Linea de vida vertical | | | |
| SI X | NO | Linea de vida horizontal | | | |
| SI X | NO | Eslinga de posicionamiento | | | |
| SI | NO X | Eslinga sencilla | | | |
| SI X | NO | Eslinga en Y con absorvedor de impacto | | | |
| SI | NO X | Eslinga de restriccion | | | |
| SI | NO X | Arrestador de caida | | | |
| SI X | NO | Mosquetones | | | |
| SI | NO X | Otro (¿Cuál?) | | | |

**PLAN DE RESCATE:**

**7. LISTA DE VERIFICACIÓN**

MARCAR: CUMPLE: C NO CUMPLE: NC NO APLICA: NA

| ITEM | MEDIDAS DE PREVENCION GENERALES | LUN | MAR | MIER | JUEV | VIER | SAB | DOM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | El personal esta capacitado para el desarrollo del trabajo | | C | C | C | C | C | |
| 2 | Las personas encargadas de ejecutar el trabajo han recibido instrucciones para desarrollarla | | C | C | C | C | C | |
| 3 | Las personas encargadas de ejecutar el trabajo conocen las precauciones que deben tenerse para desarrollarla | | C | C | C | C | C | |
| 4 | Se ha realizado una identificación previa de los riesgos existentes y se han controlado | | C | C | C | C | C | |

Powered by CamScanner

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | Los equipos y herramientas a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones | | C | C | C | C | C | |
| 6 | Se ha demarcado y/o señalizado el área de trabajo o instalado mamparas, cintas para asegurar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 7 | Se a notificado a las áreas interesadas sobre la realización de este trabajo | | C | C | C | C | C | |
| 8 | El lugar donde se realizara la tarea tiene instalada un punto de anclaje adecuado o linea de vida donde el trabajador se pueda asegurar | | C | C | C | C | C | |
| 9 | Cada Trabajador cuenta con su punto de anclaje independientemente al de su compañero | | C | C | C | C | C | |
| 10 | Se garantiza una distancia segura respecto a líneas o equipos eléctricos energizados | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 11 | El ayudante de seguridad se encuentra disponible y conoce sus funciones | | C | C | C | C | C | |
| 12 | El personal esta capacitado y/o tiene los conocimientos de que hacer ante una situación de emergencia y/o rescate | | C | C | C | C | C | |
| 13 | Se cuenta con el identificador de peligros, ATS | | C | C | C | C | C | |
| 14 | Se cuenta con los elementos de protección personal y anticaidas adecuados | | C | C | C | C | C | |
| 15 | El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea. | | C | C | C | C | C | |
| 16 | El personal tiene conocimiento en la operación de los equipos de proteccion contra caidas. | | C | C | C | C | C | |
| 17 | Las escaleras se encuentran en buenas condiciones y son adecuadas para la labor a realizar. | | C | C | C | C | C | |
| 18 | Los andamios y teleras se encuentran en buenas condiciones, son suficientes y adecuados para la tarea a realizar y el andamio es certificado. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 19 | Las teleras a sus lados sobresalen entre 15 o 20 cms. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 20 | Las teleras se encuentran aseguradas al andamio. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 21 | El andamio despues del tercer cuerpo se encuentra debidamente venteado. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 22 | El contratista y su personal conoce el procedimiento de trabajo en alturas y ha diligenciado el respectivo permiso. | | C | C | C | C | C | |
| 23 | Se ha dispuesto de los elementos necesarios para izar y descender la herramienta. | | C | C | C | C | C | |
| 24 | Se han verificado los sistemas de proteccion contra caidas | | C | C | C | C | C | |
| 25 | Los caminaderos, rampas o puentes están en buen estado y asegurados | | C | C | C | C | C | |
| 26 | Las guayas de acero son del calibre definido para el tipo de andamio colgante, se encuentran en buen estado y aseguradas en forma correcta. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 27 | Hay otros riesgos? Cuáles? | | | | | | | |
| Equipos | Arnes de cuerpo entero | # serio: | | | | | | |
| | Eslinga | # serie: | | | | | | |

**Responsable de activar el plan de emergencias**

| Nombre completo: | Cargo: | Firma: |
|---|---|---|
| | | |

**7. AUTORIZACIÓN DEL PERMISO DE TRABAJO**

| Nombre de la persona que Autoriza el trabajo | Cedula | Firma |
|---|---|---|
| Danna V. Cano | 1.003.811.310 | Danna V. Cano |
| **Nombre del coordinador de altura** | **Cedula** | **Firma** |
| Lia Montoya Castro | 24.814.634 | |
| **Nombre de quien activa la brigada de emergencias** | **Cedula** | **Firma** |
| Roberto Hernandez | 18.806.044 | Roberto |
| **Nombre del ayudante de seguridad** | **Cedula** | **Firma** |

**8. OBSERVACIONES O PRECAUCIONES ADICIONALES**

**9. CIERRE DEL PERMISO DE TRABAJO**

Fecha: 27/01/20 Hora: 4:00 pm

Firma quien autorizo el trabajo: Danna Cano | Firma del coordinador de alturas:

Observaciones cuando se suspende la actividad por incumplimiento de medidas de seguridad:

Powered by CamScanner

| | SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | CODIGO: FT-SST-023<br>VERSIÓN: 02<br>FECHA: 25/08/2025<br>PÁGINA 1 de 1 |
|---|---|---|

## 5. LISTA DE VERIFICACIÓN

MARCAR: CUMPLE: C NO CUMPLE: NO NO APLICA: NA

| ITEM | MEDIDAS DE PREVENCION GENERALES | LUN | MAR | MIER | JUEV | VIER | SAB | DOM |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | El personal esta capacitado para el desarrollo del trabajo | | C | C | C | C | C | |
| 2 | Las personas encargadas de ejecutar el trabajo han recibido instrucciones para desarrollarla | | C | C | C | C | C | |
| 3 | Las personas encargadas de ejecutar el trabajo conocen las precauciones que deben tenerse para desarrollarla | | C | C | C | C | C | |
| 4 | Se ha realizado una identificación previa de los riesgos existentes y se han controlado | | C | C | C | C | C | |
| 5 | Los equipos y herramientas a utilizar en la labor se encuentran en buenas condiciones | | C | C | C | C | C | |
| 6 | Se ha demarcado y/o señalizado el área de trabajo o instalado mamparas, cintas para asegurar la zona y no permitir el paso de vehículos o personas. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 7 | Se a notificado a las áreas interesadas sobre la realización de este trabajo | | C | C | C | C | C | |
| 8 | El lugar donde se realizara la tarea tiene instalada un punto de anclaje adecuado o línea de vida donde el trabajador se pueda asegurar | | C | C | C | C | C | |
| 9 | Cada Trabajador cuenta con su punto de anclaje independientemente al de su compañero | | C | C | C | C | C | |
| 10 | Se garantiza una distancia segura respecto a líneas o equipos eléctricos energizados | | C | C | C | C | C | |
| 11 | El ayudante de seguridad se encuentra disponible y conoce sus funciones | | C | C | C | C | C | |
| 12 | El personal esta capacitado y/o tiene los conocimientos de que hacer ante una situación de emergencia y/o rescate | | C | C | C | C | C | |
| 13 | Se cuenta con el identificador de peligros, ATS | | C | C | C | C | C | |
| 14 | Se cuenta con los elementos de protección personal y anticaídas adecuados | | C | C | C | C | C | |
| 15 | El personal cumple con los requisitos de aptitud para realizar la tarea. | | C | C | C | C | C | |
| 16 | El personal tiene conocimiento en la operación de los equipos de proteccion contra caidas. | | C | C | C | C | C | |
| 17 | Las escaleras se encuentran en buenas condiciones y son adecuadas para la labor a realizar. | | C | C | C | C | C | |
| 18 | Los andamios y teleras se encuentran en buenas condiciones, son suficientes y adecuados para la tarea a realizar y el andamio es certificado. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 19 | Las teleras a sus lados sobresalen entre 15 o 20 cms. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 20 | Las teleras se encuentran aseguradas al andamio. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 21 | El andamio despues del tercer cuerpo se encuentra debidamente venteado. | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 22 | El contratista y su personal conoce el procedimiento de trabajo en alturas y ha diligenciado el respectivo permiso. | | C | C | C | C | C | |
| 23 | Se ha dispuesto de los elementos necesarios para izar y descender la herramienta. | | C | C | C | C | C | |
| 24 | Se han verificado los sistemas de proteccion contra caidas | | C | C | C | C | C | |
| 25 | Los caminaderos, rampas o puentes están en buen estado y asegurados | | | C | C | | C | |
| 26 | Si el trabajo requiere de mensulas y cerchas, se ha verificado que esten aseguradas | | N/A | N/A | N/A | N/A | N/A | |
| 27 | Las guayas de acero son del calibre definido para el tipo de andamio colgante, se encuentran en buen estado y aseguradas en forma correcta. | | C | C | C | C | C | |
| 28 | Hay otros riesgos? Cuáles? | | C | C | C | C | | |

Powered by CamScanner

SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CODIGO: FT-SST-024
VERSIÓN: 01
FECHA: 09/12/2025

## DATOS GENERALES

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Ciudad: | MANIZALES | Fecha Inicio: | 20 | 01 | 26 |
| Lugar de trabajo: | SEDE SINAI | Fecha terminación: | 24 | 01 | 26 |
| Empresa: | JUAN CAMILO GÓMEZ M. | Hora de inicio: | 10 am | Hora de finalización: | 5 pm |
| Altura Aproximada a la cual se va a realizar la actividad: | 8 MTS | | | | |
| Descripción y Procedimiento de la Tarea: | RECORRIDO DE CUBIERTA Y CAMBIO DE TEJAS | Herramienta a utilizar: | HERRAMIENTA MENOR | | |

**Numero de Organismos de rescate: Bomberos 119, cruz roja 132, Defensa civil 144**

**Recuerde que es obligatorio utilizar su Equipo de Protección Personal (EPP) Básico:** casco, barbuquejo, guantes, gafas de seguridad, zapatos de seguridad, tapabocas y protección auditiva.



## PERMISOS DILIGENCIADOS

| Trabajo en caliente | | Energías Peligrosas | | T. Espacios Confinados | | T. Seguro en Alturas | | Otro: |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SI | NO | SI | NO | SI | NO | SI | NO | |

## EN CASO DE REALIZARSE TRABAJOS A LA INTEMPERIE DILIGENCIE ESTE ESPACIO DEL FORMATO

| FUENTE | RIESGOS | | CONTROLES | |
|---|---|---|---|---|
|  Climático (efectos de la naturaleza) [X] | Descargas Atmosféricas /Vendaval | [X] | Sistemas de puesta a tierra | [ ] |
| | Insolación | [X] | Hidratación - agua | [X] |
| | Inundación/ Derrumbe | [ ] | Uso de elementos de protección personal | [X] |
| | Otro: | [ ] | Ubicación en áreas seguras | [ ] |
| | | | Suspensión de la tarea | [ ] |

## ANALISIS DE PELIGROS POR ACTIVIDAD (Marque con una X el peligro que apliques y tache completamente los que no apliquen)

### PELIGRO: ELECTRICO

| FUENTE | RIESGOS | | CONTROLES | |
|---|---|---|---|---|
|  Redes / Equipos Energizados [ ] | Alta tensión | [ ] | Reglas de oro | [ ] |
| | Media tensión | [ ] | Distancia de seguridad | [ ] |
| | Baja tensión | [ ] | EPP dieléctricos | [ ] |
| | Tensión de paso | [ ] | Procedimientos de trabajo | [ ] |
| | Tensión de contacto | [ ] | | |

### PELIGRO: DE SEGURIDAD - MECANICO

| FUENTE | RIESGOS | | CONTROLES | |
|---|---|---|---|---|
|  (M) Equipos, maquinas, herramientas [ ] | Atrapamientos, Aplastamiento Cizallamiento | [ ] | Elementos de protección | [ ] |
| | Impacto, Golpe o choque | [ ] | Herramientas en buen estado | [ ] |
| | Proyección de materiales sustancias o particulas | [ ] | Aseguramiento de materiales | [ ] |
| | Fricción o abración | [ ] | Al manipular cualquier equipo o parte en movimiento, garantizar que este desenergizado | [ ] |
| | Corte o punción con objeto | [ ] | Realizar intervenciones de mantenimiento preventivo, garantizado condiciones de equipo | [ ] |

### PELIGRO: LOCATIVO

| FUENTE | RIESGOS | | CONTROLES | |
|---|---|---|---|---|
|  Ambiente de trabajo, Puesto de trabajo y/o Zonas de Transito [X] | Impacto, caidas y/o golpes | [ ] | Delimitación de áreas | [ ] |
| | Caidas al mismo nivel por superficies deslizantes | [X] | Uso de EPP y/o EPCC | [X] |
| | caidas al mismo nivel por superficies irregulares | [X] | Señalización visible | [X] |
| | Caidas al mismo nivel por objetos mal ubicados | [ ] | Control de orificios | [X] |
| | | | Aplicación de orden y aseo | [ ] |

### PELIGRO: BIOMECÁNICO

| FUENTE | RIESGOS | | CONTROLES | |
|---|---|---|---|---|
|  Espacios de reducido movimiento; trabajos en torres, torrecillas, postes; manejo de herramientas y equipos [ ] | Postura prolongada pie y forzadas | [ ] | Calentamiento y/o estiramiento previo | [ ] |
| | Postura prolongada suspendido | [ ] | No exceder el peso máximo permitido | [ ] |
| | Sobre esfuerzo | [ ] | Uso de ayudas mecánicas | [ ] |
| | Manipulación manual de cargas y herramientas | [ ] | Pausas activas | [ ] |
| | Movimiento repetitivo | [ ] | Higiene postural | [ ] |

### PELIGRO: TRANSITO

| FUENTE | RIESGOS | | CONTROLES | |
|---|---|---|---|---|
|  Desplazamiento en vehiculos y uso de vias de transito petonal y vehicular [ ] | Accidente de terrestre | [ ] | Mantener distancia minima de 4 metros y no invadir zonas de transito | [ ] |
| | Atropellamiento | [ ] | Verificar que se encuentre la señalizacion adecuada y Respetarla | [ ] |
| | Aplastamiento | [ ] | Plan Estrategico de Seguridad Vial | [ ] |
| | Golpes | [ ] | Seguimiento contratistas | [ ] |
| | Traumas | [ ] | Otro: _____ | [ ] |

### PELIGRO: FISICO

| FUENTE | RIESGOS | | CONTROLES | |
|---|---|---|---|---|
|  Exposición a calor o temperaturas extremas [X] | Conato/incendio/ Explosion | [ ] | Perimetro de 11 metros en la operación de distancia segura de grasas, aceites, lubricantes, quimicos explosivos o inflamables | [ ] |
| | Disconfort térmico | [X] | Retirar, proteger y limpiar materiales inflamables | [ ] |
| | Temperaturas extremas | [ ] | Extintor en sitio | [ ] |
| | Radiaciones ionizantes / no ionizantes | [X] | Utilizar mamparas y/o lonas ignifugas | [ ] |
| | Quemaduras | [ ] | Otro: _____ | [X] |

### PELIGRO: QUIMICO

| FUENTE | RIESGOS | CONTROLES |
|---|---|---|
|  Exposición agentes quimicos [ ] | Gases y vapores | Uso de EPP |
| | Líquidos, nieblas y rocios | Ventilación natural del área |
| | Material particulado | Ventilacion Forzada si se requiere |
| | Humos metálicos y no metálicos | Otro: _____ |

### PELIGRO: DE SEGURIDAD

| FUENTE | RIESGOS | | CONTROLES | |
|---|---|---|---|---|
|  Interacción con equipos de carga por izaje [ ] | Cargas suspendidas | [ ] | Mantener distancia minima de 4 metros en el perimetro de izaje | [ ] |
| | Aplastamiento | [ ] | Transladar la carga lo mas cercano al piso que se pueda | [ ] |
| | Impacto, golpes | [ ] | Transladar la carga por zonas despejadas de personas, maquinas y equipos | [ ] |
| | Traumas y /o heridas | [ ] | Otro: _____ | [ ] |

### PELIGRO: DE SEGURIDAD

| FUENTE | RIESGOS | | CONTROLES | |
|---|---|---|---|---|
|  Trabajo en alturas/ Espacios confinados [ ] [X] | Caida con diferencia de nivel/ Caida de objetos | [X] | Señalizacion/ Uso de EPCC | [X] |
| | Espacio Confinado | [ ] | Estandar de trabajo seguro | [X] |
| | Trabajos con exposicion a Tareas criticas | [X] | Permiso para espacios confinados, Trabajos en Caliente y Trabajo Seguro en Alturas | [ ] |
| | Orden y aseo en areas de trabajo | [ ] | Mediciones ambientales y verificacion de condiciones de seguridad | [ ] |

Powered by CamScanner

| | SIS[illegible]E GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO | CODIGO: FT-SST-224 |
|---|---|---|
| | ANALISIS DE TRABAJO SEGURO | VERSIÓN: 01 |
| | | FECHA: 29/12/2025 |

**DATOS PERSONALES DE LOS TRABAJADORES AUTORIZADOS**

El personal que acontinuacion se relaciona se autoriza a ejecutar las actividades, conociendo los riesgos ,peligros y controles de la actividad a realizar

| Nombre y Apellidos | Tipo de documento | N° de Documento | Area | Firma |
|---|---|---|---|---|
| JOSÉ FERNEY HERRERA | C.C | 75.071.143 | OPERATIVO | Jose Ferney Herrera |
| ROBERTO HERNANDEZ | C.C | 18.805.044 | OPERATIVO | Roberto |

**DATOS PERSONALES DE QUIENES AUTORIZAN EL TRABAJO**

El personal que acontinuacion se relaciona se autoriza a ejecutar las actividades, conociendo los riesgos ,peligros y controles de la actividad a realizar

Lia Montoya Castro

**FIRMA Y NOMBRE DE QUIEN AUTORIZA LA ACTIVIDAD**

**CIERRE DE PERMISO**

| | |
|---|---|
| Hora de cierre del permiso: | 500 pm |
| Motivo de cierre del permiso: | Terminado |
| Responsable del cierre del permiso: | Lia Montoya Castro |

Powered by CamScanner