INTERVENTORÍA SST

INFORME DEL 26 DE ENERO DE 2026 AL 11 DE FEBRERO DE 2026

Durante el periodo comprendido entre el 26 de enero de 2026 y el 11 de febrero de 2026, en el marco del contrato N.° 155-SG-2025 correspondiente al Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses Seccional Bolívar, se ejecutaron actividades en la obra a cargo del Consorcio Renovación.
En cuanto a permisos de trabajo, se gestionaron:

1. Permisos de trabajo
Se gestionaron tres (3) permisos de trabajo en alturas, con cuatro (4) ejecutores, para actividades de impermeabilización de cubierta.

2. Análisis de Trabajo Seguro (ATS)
Se realizaron tres (3) ATS para impermeabilización con cuatro (4) ejecutores.

3. Inspecciones
Se efectuaron inspecciones de herramientas en cubierta y oficinas, evidenciando que se encuentran en óptimas condiciones.
También se verificaron los equipos de protección contra caídas, confirmando el buen estado de arneses y eslingas.
Adicionalmente, se inspeccionó el uso de elementos de protección personal, observando cumplimiento por parte del personal.

4. Jornadas de orden y aseo
Se realizaron jornadas de orden y aseo general los días sábados, manteniendo la organización de las áreas intervenidas.

5. Charlas de seguridad
Se desarrollaron charlas sobre condiciones inseguras, actos inseguros, riesgo biológico, uso de EPP, autocuidado y cuidado de manos, con participación entre tres (3) y seis (6) trabajadores, logrando una cobertura del 100%.

6. Reporte de accidente

Durante el periodo reportado, no se presentó accidente laboral.

7. Seguridad social

Se verificó el cumplimiento en la afiliación y pago de seguridad social del personal vinculado al proyecto (salud, pensión y riesgos laborales), evidenciando cumplimiento conforme a la normatividad vigente.
Cumplimiento SST:
Cumple con los requisitos en SST.
Cumple parcialmente.

8. Conclusión general

Durante el periodo evaluado, se cumplieron las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), incluyendo permisos, ATS, inspecciones y charlas de seguridad.
Se garantizó el uso adecuado de EPP, el control de riesgos en obra y el cumplimiento en seguridad social. Asimismo, se gestionó oportunamente un accidente laboral leve, implementando acciones preventivas.
En general, se evidenció cumplimiento de las normas SST y compromiso del personal con la seguridad.
Si quieres, te lo dejo en una sola línea todavía más resumido

9. Anexos

Anexo 1: ATS – Impermeabilización de azotea,
Anexo 2: Permiso de trabajo en altura
Anexo 3: Inspección de arnés
Anexo 4: Inspección de herramientas y EPP
Anexo 5: Registro de charla
Anexo 6: Soportes de pago de seguridad social
Anexo 7: Reporte de accidente **0**
Anexo 8: Evidencias fotográficas

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S.
INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

CONSORCIO RENOVACION

Formato de Análisis de Trabajo Seguro (ATS) Trabajo seguro en alturas

Pagina: 1 de 2	Código:FT-SST-52	Version: 01	Fecha:OCT-2025

Analisis de Trabajo Seguro - ATS

Establecimiento	Medicina Legal.	Fecha:	Desde:	02	02	26
Nombre de la tarea:	Cubierta		Hasta:	05	02	26
Número de trabajadores que desarrollaran la actividad:	2.	Altura:	7.5	Metros		

Descripción de la tarea

		Tipo de herramientas y equipos		
Descripción de la Tarea a realizar:	Impermeabilización	Manuales		Llaves Mixtas.
Lugar donde se desarrollará la Tarea:	Cubierta	Electricas		
Equipos y/o herramientas a utilizar:	Taladro	Neumáticas		
		Hidraulicas		
		Mecánicas		

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL NECESARIOS (EPP):
- CASCO CON BARBUQUEJO
- GUANTES DE SEGURIDAD
- ARNES INTEGRAL + ESLIGA DE RESTRICCION

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN COLECTIVA (EPC):
- SEÑALIZACION DE AREA
- DEMARCACION DE AREA

Analisis de Trabajo seguro ATS

No.	Pasos básicos de la tarea	Peligros identificados	Consecuencias	Controles requeridos	Responsable
1	Inspección de área	Locativo biomecánico	Machucones, lesiones y contusiones	Verificación previa de locaciones	Operario/Residente SSTA
2	Alistar herramienta	Biomecánico	Golpes y fracturas	Uso constante de elementos de proteccion personal ,adecuada postura	Operario/Residente SSTA
3	Verificación de los equipos contra caídas	Locativo y biomecánico	Machucones	Capacitación en la labor Uso constante de elementos de proteccion	Operario/Residente SSTA
4	Inspección de andamios y equipos	Locativo y biomecánico	Perdida de la vida	Capacitación en trabajo seguro en alturas	Operario/Residente SSTA
5	impermeabilización placa	Riesgo biomecánico, riesgo locativo, riesgo en alturas-quimico,	Machucones, facturas caídas y muerte	Uso de EPP para la actividad requerido , utilización de elementos contra caídas si aplica y tener el curso de trabajo en alturas vigente,inspeccion de herramientas y areas	Operario/Residente SSTA
6	Orden y aseo	Locativo	Caídas y fracturas	Uso constante de elementos de proteccion personal ,adecuada postura ,Verificación de áreas y trabajo con ayuda de compañeros	Operario/Residente SSTA

Tareas Criticas identificadas		Energias Peligrosas primarias		Actividad de control de riesgo	
	Trabajo en altura		Hidraulica		Proteccion contra incendios
	Trabajo en espacio confinado		Neumática		Bloqueo y etiquetado de energías peligrosas
	Trabajo en caliente		Electrica		Senalizacion y demarcación de áreas
	Trabajo con energías peligrosas		Sustancias Quimicas Peligrosas		Permisos de trabajo

Nombre y apellidos de los que desarrollen la actividad

No.	Nombre y apellidos	Cargo	Firma
1	[illegible] Gomez	Ing. Residente	
2	Esmel Infanzon	Of	
3	Moises Dalu Ossa	Of	
4	Rafael Dela Rosa	Of	

Los aquí firmantes certificamos que participamos del desarrollo de este ATS, que conocemos los peligros identificados, y tenemos claro los controles definidos para desarrollar la tarea de manera segura.

Nombre y firma de las personas que autorizan el permiso

Aprueba responsable Coordinador	[illegible] Lopez Martinez	Firma
Aprueba responsable área SISOMA	Jenny Ortiz Ochoa	Firma

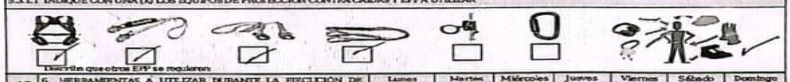
INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S.
INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

Nº	5.3 EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS / EPP	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
5.3.1	¿Los equipos de protección contra caídas de altura fueron seleccionados de acuerdo al tipo de actividad y se inspeccionaron previamente antes de su uso de cada una sus partes?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5.3.2	¿ Los equipos de protección contra caídas cuentan con la inspección anual realizada por intermedio de una persona o equipo de personas avaladas por el fabricante?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5.3.3	¿ Los equipos de protección contra caídas de altura cuentan con un control documental como: Hoja de vida, Ficha técnica, Certificados?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5.3.4	¿ El personal que va a realizar la actividad cuenta con los Elementos de protección personal requeridos y estos fueron seleccionados de acuerdo al riesgo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
5.3.5	¿ Los Elementos de protección personal fueron inspeccionados previamente antes de su uso y se encuentran en buen estado?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

5.3.1.1 INDIQUE CON UNA (X) LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EPP A UTILIZAR



Describa que otros EPP se requieren:

Nº	6. HERRAMIENTAS A UTILIZAR DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
6.1	¿Las herramientas a utilizar fueron seleccionadas de acuerdo al tipo de trabajo a realizar y se inspeccionaron previamente antes de su uso?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6.2	¿Las herramientas son certificadas y cumplen con las características técnicas de diseño al riesgo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					
6.3	¿El personal que va ejecutar el trabajo cuenta con portaherramientas con el fin de evitar el riesgo de caída de objetos?	✓			✓			✓			✓			✓			✓					

Nº	7. SISTEMAS DE ACCESO PARA TRABAJOS EN ALTURA	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
7.1	¿ El sistema de Acceso fue seleccionado de acuerdo al tipo de actividad a realizar y se inspeccionó previamente antes de su uso de cada una sus partes y está en buen estado?				✓			✓			✓			✓			✓					
7.2	¿ El sistema de acceso cuenta con la inspección anual realizada por el Coordinador de trabajo en altura?				✓			✓			✓			✓			✓					
7.3	¿ El sistema de acceso cuenta con Hoja de vida, Ficha técnica y Certificado?				✓			✓			✓			✓			✓					

MARQUE CON UNA (X) EL SISTEMA DE ACCESO A UTILIZAR

Escalera de uno o Dos Cuerpos	Andamio Multidireccional	Elevador de Personas Tipo Tijera
Canastilla con Canasta	Andamio Colgante	Escalera tipo Tijera

ACTIVIDADES A DESARROLLAR

Amarre de	Armado de	Descimbre de columnas	Armado de columnas	Amarre de placa	Descimbrado de placa	Testereado de placa	Fundida de columnas	Trabajo en andamios	Otro, cual?
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Impermeabilizar

Powered by CamScanner

REGISTRO DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD
FIRMA DE LOS TRABAJADORES

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1	Ismel Manuel	85167114							
2	Hernes Dalia Rosa	1221981 6191	Hernes	Hernes	Hernes	Hernes	Hernes	Hernes	
3	Rufael Delli Rosa	1128.203754	Rufael	Rufael	Rufael	Rufael	Rufael	Rufael	
4									
5									

NOMBRE Y FIRMA AYUDANTE DE SEGURIDAD

Jhony Ordaz Ortiz V 18.900.647

PERSONAS QUE AUTORIZAN (EMISOR O COORDINADOR DE TRABAJO EN ALTURA)

NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA	CEDULA
Luis Yanez		10776824
Luis Yanez		10776824

Firma supervisor, maestro, o responsable de obra - responsable de activar el plan de emergencias

OBSERVACIONES

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S. INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

CONSORCIO GST	SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS	PT-SST-31 11/12/2025 VERSIÓN: 1

OBRA / PROYECTO: Medicina legal	LUGAR O UBICACIÓN EXACTA DEL TRABAJO: Cubierta
HORA DE INICIO: 7:00 HORA FINAL: 4:00	SEMANA DEL: 02 AL 08 MES: 02 AÑO: 26
TIPO DE TRABAJO: Impermeabilización	ALTURA APROXIMADA A LA CUAL SE VA A DESARROLLAR LA ACTIVIDAD: 7.5 mts.
DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTO DE LA TAREA: Impermeabilización de cubierta	

Nº	1. REQUISITOS DEL TRABAJADOR	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
1.1	¿Se revisó y validó la Constancia de capacitación o certificado de competencia laboral para trabajo en alturas?	✓			✓			✓			✓			✓			✓				
1.2	¿El trabajador presenta cualquier condición de salud que le pueda generar restricciones, antes de realizar cualquier tipo de trabajo en alturas?		✓			✓			✓			✓			✓			✓			
1.3	¿En las últimas 12 horas ha consumido bebidas alcohólicas (Aguardiente, ron, cerveza, vino, shots, cocteles, entre otros)?		✓			✓			✓			✓			✓			✓			
1.4	¿Se realizó la Verificación de la afiliación vigente a la seguridad social?	✓			✓			✓			✓			✓			✓				
1.5	¿Se revisó y Verificó que cada uno de los empleados cuenten con el requerimientos de aptitud?	✓			✓			✓			✓			✓			✓				
1.6	¿La(s) persona(s) encargada(s) de ejecutar la tarea ha(n) recibido instrucciones de seguridad específicas para la labor a realizar?	✓			✓			✓			✓			✓			✓				

Nº	2. CONDICIONES AMBIENTALES	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
2.1	¿Antes de emitir el permiso de trabajo se ha verificado que no se presenta lluvia, tormenta eléctrica, vientos fuertes?	✓			✓			✓			✓			✓			✓				

Nº	3. IDENTICACIÓN DE PELIGROS Y CONTROLES	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
3.1	¿El personal ha identificado previamente los peligros a los cuales va a estar expuesto, mediante un Análisis de Trabajo Seguro (ATS)?	✓			✓			✓			✓			✓			✓				
3.2	¿El Trabajo en Altura está asociado con otros trabajos de alto riesgo que requieran permiso de trabajo : Trabajo en Caliente ___ Confinado ___, Energía peligrosa ___?		✓			✓			✓			✓			✓			✓			

Nº	4. MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAÍDAS DE ALTURAS	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
4.1	¿Se cuenta con los elementos necesarios para señalizar y delimitar el área de trabajo?	✓			✓			✓			✓			✓			✓				
4.2	¿Los elementos cumplen su función y protegen a las personas de una posible caída o la caída de algún objeto?	✓			✓			✓			✓			✓			✓				

4.1.1 INDIQUE CON UNA (X) LAS MEDIDAS COLECTIVAS DE PREVENCIÓN A UTILIZAR DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

Cono	Cinta de Preventiva	Delineadores T. Barricada	Barandas	Lineas de Advertencia	Señalización
 ✓	 ✓	 ☐	 ☐	 ☐	 ☐

Nº	5. MEDIDAS ACTIVAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS EN ALTURAS	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
5.1	¿Se cuenta con los puntos de anclaje certificados y por cada trabajador?				✓			✓			✓			✓			✓			✓		

5.1.1 INDIQUE CON UNA (X) EL PUNTO DE ANCLAJE A UTILIZAR DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Anclaje Fijo	Restricción	Anclaje Portátil	Viga	Otro Indique ¿Cual?
 ☐	 ☐	 ☐	 ☐	

Nº	5.2 LINEA DE VIDA HORIZONTAL / VERTICAL	Lunes SI	Lunes NO	Lunes NA	Martes SI	Martes NO	Martes NA	Miércoles SI	Miércoles NO	Miércoles NA	Jueves SI	Jueves NO	Jueves NA	Viernes SI	Viernes NO	Viernes NA	Sábado SI	Sábado NO	Sábado NA	Domingo SI	Domingo NO	Domingo NA
5.2.1	¿La Linea de vida es certificada y corresponde al tipo de actividad que se va a realizar?			✓					✓			✓			✓			✓			
5.2.2	¿ La linea de vida fue inspeccionada previamente antes de su uso de cada una de sus partes y se encuentra en buen estado?			✓					✓			✓			✓			✓			

5.2.1.1 INDIQUE CON UNA (X) EL TIPO DE LINEA DE VIDA A UTILIZAR DURANTE LA EJECUCIÓN DE LA ACTIVIDAD.

Horizontal Portátil	Horizontal Fija	Vertical Fija	Vertical portátil	Otro, cual?
 ☐	 ☐	 ☐	 ☐	

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S. INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

CONSORCIO UNAL	GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FT-SST-063
		Versión: 1
	PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	Fecha: 13/12/2025
		Página 1 de 1

INSPECCIÓN PRE - OPERACIONAL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS EN ALTURA

INSPECCIÓN REALIZADA POR

NOMBRE: [illegible] CARGO: SST

MARQUE CON UNA X SEGÚN EL CRITERIO

SI = PRESENTA EL CRITERIO | NO = NO PRESENTA EL CRITERIO | NA = NO APLICA

INSPECCIÓN PRE-USO

SEMANA DEL 02/02 AL 08/02 DE 26

EQUIPO	PARTES	REVISIÓN	LUNES SI	LUNES NO	LUNES NA	MARTES SI	MARTES NO	MARTES NA	MIÉRCOLES SI	MIÉRCOLES NO	MIÉRCOLES NA	JUEVES SI	JUEVES NO	JUEVES NA	VIERNES SI	VIERNES NO	VIERNES NA	SÁBADO SI	SÁBADO NO	SÁBADO NA
ARNES	CINTAS CORREDERAS O REATAS	Hoyos o agujeros		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Deshilachados		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Desgastados		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Presenta torsión		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Presentan suciedad		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Quemaduras		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Salpicaduras de pintura		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Sustancias químicas		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Rigidez en la cinta		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Decoloración		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
	COSTURA	Completas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
		Reventadas		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Sueltas		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
	PARTES METALICAS O PLASTICAS (Argollas, trabillas, eslabón media lunas)	Completas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
		Presentan oxidación o corrosión		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Deformación		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Fisuras, golpes, hundimientos		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
CONECTORES																				
ESLINGA, TIE OFF	GANCHO, ARGOLLA	Doble seguro	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
		Fisuras		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Presentan oxidación o corrosión		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Fisuras, golpes, hundimientos		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Abren y cierran correctamente	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
		Desgastes por fricción		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
	CINTA, CORREA, CUERDA	Deshilachadas		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Talladuras		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Presenta torsión o dobleces		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Ruptura		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Desgastadas		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Manchas o quemaduras		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
MOSQUETON		La compuerta queda abierta			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Cierre automático funciona			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Presentan deformación			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Presentan oxidación o corrosión			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Desgastes por fricción			✓			✓			✓			✓			✓			✓
ARRESTADOR DE FRENO		funciona pin de seguridad			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Fisuras, deformación o golpes			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Presentan oxidación o corrosión			✓			✓			✓			✓			✓			✓
LINEA DE VIDA, CUERDA ESTATICA		Presenta rasgaduras		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Manchas o quemaduras		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Hilos sueltos o rotos		✓			✓			✓			✓			✓			✓	
		Libre de nudos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
		desgastadas		✓			✓			✓			✓			✓			✓	

FIRMA DEL OPERADOR: me comprometo a cumplir todas las normas de esta inspección.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S. INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

	GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	FT-SST-063
		Versión: 1
	PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS	Fecha: 11/12/2025
		Página 1 de 1

INSPECCIÓN PRE - OPERACIONAL DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN CONTRA CAIDAS EN ALTURA

INSPECCIÓN REALIZADA POR

NOMBRE: [illegible] CARGO: SST

MARQUE CON UNA X SEGÚN EL CRITERIO

SI = PRESENTA EL CRITERIO | NO = NO PRESENTA EL CRITERIO | NA = NO APLICA

INSPECCIÓN PRE-USO

SEMANA DEL 02/02 AL 08/02 DE 26

EQUIPO	PARTES	REVISIÓN	LUNES			MARTES			MIÉRCOLES			JUEVES			VIERNES			SÁBADO		
			SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA	SI	NO	NA
ARNES	CINTAS CORREDERAS O REATAS	Hoyos o agujeros			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Deshilachados			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Desgastados			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Presenta torsión			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Presentan suciedad			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Quemaduras			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Salpicaduras de pintura			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Sustancias químicas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Rigidez en la cinta			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Decoloración			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	COSTURA	Completas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
		Reventadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Sueltas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
	PARTES METALICAS O PLASTICAS (Argollas, trabillas, eslabón media lunas)	Completas	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
		Presentan oxidación o corrosión			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Deformación			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Fisuras, golpes, hundimientos			✓			✓			✓			✓			✓			✓
ESTATICA		CONECTORES			✓			✓			✓			✓			✓			✓
ESLINGA, TIE OFF	GANCHO, ARGOLLA	Doble seguro			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Fisuras			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Presentan oxidación o corrosión			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Fisuras, golpes, hundimientos			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Abren y cierran correctamente	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
	CINTA, CORREA, CUERDA	Desgastes por fricción			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Deshilachadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Taladuras			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Presenta torsión o dobleces			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Ruptura			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Desgastadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Manchas o quemaduras			✓			✓			✓			✓			✓			✓
MOSQUETON		La compuerta queda abierta			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Cierre automático funciona			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Presentan deformación			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Presentan oxidación o corrosión			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Desgastes por fricción			✓			✓			✓			✓			✓			✓
ARRESTADOR DE FRENO		funciona pin de seguridad			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Fisuras, deformación o golpes			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Presentan oxidación o corrosión			✓			✓			✓			✓			✓			✓
LINEA DE VIDA, CUERDA ESTATICA		Presenta rasgaduras			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Manchas o quemaduras			✓			✓			✓			✓			✓			✓
		Hilos sueltos o rotos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
		Libre de nudos	✓			✓			✓			✓			✓			✓		
		desgastadas			✓			✓			✓			✓			✓			✓
FIRMA DEL OPERADOR: me comprometo a cumplir todas las normas de esta inspección.			Sig			Sig			Sig			Sig			Sig			Sig		

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S. INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

CONSORCIO	CONSORCIO RENOVACION			
	NIT : 901.414.474-3			
	Preoperacional para Taladro			
	Pagina: 1 de 1	Código:Código:FT-SST 42	Versión: 01	Fecha: OCT- 2025

Preoperacional para Taladro

Nombre del equipo: Taladro — Marca: Bosch
Modelo: — Serial:
Establecimiento: Medicina Legal

Semana: Del: Al:

Lista de chequeo preoperacional	Lunes			Martes			Miércoles			Juevos			Viernes			Sábado			Domingo			Observaciones
	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	B	R	M	
Interruptor de marcha/parada.				✓			✓			✓			✓			✓					✓	
Inspeccionado por:																✓						
Botón del bloqueo marcha permanente.				✓			✓			✓			✓			✓						
Conmutador de percusión.				✓			✓			✓			✓			✓						
Tope de profundidad.				✓			✓			✓			✓			✓						
Palanca de cambio de velocidad.				✓			✓			✓			✓			✓						
Estado general del taladro				✓			✓			✓			✓			✓				✓		
Mango principal y Lateral				✓			✓			✓			✓			✓						
Broca				✓			✓			✓			✓			✓						
Entrada 110 a 220				✓			✓			✓			✓			✓						
La extension es de la capacidad de producir la corriente necesaria por el equipo?				✓			✓			✓			✓			✓						
Limpiar ranuras de ventilación y exterior del taladro				✓			✓			✓			✓			✓				✓		

Inspeccionado por:	Lunes	Martes	Miércoles	Juevos	Viernes	Sábado	Domingo
	✓	Rafael Mendoza		[illegible]	[illegible]		✓

NOTA: Hago constar que he recibido la inducción necesaria para operar el equipo

Residente SISOMA	Firma	
[illegible]	[illegible]	

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S. INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

CONSORCIO	CONSORCIO RENOVACION			
	Registro de Asistencia a Capacitaciones			
	Página: 1 de 1	Código:FT-SST 025	Versión:	Fecha:NOV 2025

Fecha:	02/02/26	Duración:	1 hora.
Tema de capacitación:	Inducción		
Nombre de capacitador:	Amy Vidal Ramos	Firma:	

No.	Nombre y apellidos	Cédula	Firma
1	Yoss Dela Ross	1221981 c19	
2	Rafael DelaRosa	112820375 C9	Rafael
3	Esmel Narvaez	8516711 4	
4	Luis Yanez	10.776.184	
5	Luis Miguel Martinez	1019121275	
6	Luis Yanez	10776184	
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Powered by CamScanner

CONSORCIO	CONSORCIO RENOVACION			
	Registro de Asistencia a Capacitaciones			
	Página: 1 de 1	Código:FT-SST 025	Versión:	Fecha:NOV 2025

Fecha:	03/02/26	Duración:	00:15 min
Tema de capacitación:	Condiciones Inseguras.		
Nombre de capacitador:	Amy Vidal Ramos	Firma:	

No.	Nombre y apellidos	Cédula	Firma
1	Yoss Dela Ross	1221981 c19	
2	Rafael DelaRosa	112820375 C9	Rafael
3	Luis Yanez	10776184	
4	Esmel Narvaez	8516711 4	
5			
6			
7			
8			
9			
10			

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S. INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

CONSORCIO SST	CONSORCIO RENOVACION				
	Registro de Asistencia a Capacitaciones				
	Página: 1 de 1	Código:FT-SST 025	Versión:	Fecha:NOV 2025	

Fecha:	09/02/26	Duración:	00:15 min
Tema de capacitación:	Actos Inseguros		
Nombre de capacitador:	Amy Sabalsa MD	Firma:	

No.	Nombre y apellidos	Cédula	Firma
1	Moises De la Rosa	1221981618	
2	Rafael De la Rosa	1128703731	
3	Luis Yanez	10776184	
4	Esmel Narvaez	85167114	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Powered by CamScanner

CONSORCIO SST	CONSORCIO RENOVACION				
	Registro de Asistencia a Capacitaciones				
	Página: 1 de 1	Código:FT-SST 025	Versión:	Fecha:NOV 2025	

Fecha:	05/02/26	Duración:	00:15 min
Tema de capacitación:	Riesgo Biologico		
Nombre de capacitador:	Amy Sabalsa MD	Firma:	

No.	Nombre y apellidos	Cédula	Firma
1	Esmel Narvaez	85.167.114	
2	Luis Yanez	10.776.184	
3	Moises de la Rosa	1.221.981.618	
4	Rafael de la Rosa.	1.128.203.759	
5			
6			
7			
8			
9			
10			

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S. INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

CONSORCIO SST	CONSORCIO RENOVACION			
	Registro de Asistencia a Capacitaciones			
	Página: 1 de 1	Código:FT-SST 025	Versión:	Fecha:NOV 2025

Fecha:	06/02/26	Duración:	00: 10 min
Tema de capacitación:	Derechos activos		
Nombre de capacitador:	Amy Viviana Ortiz Ramos	Firma:	

No.	Nombre y apellidos	Cédula	Firma
1	Moises Dela Rosa	1221981619	
2	Rafael Dela Rosa	1128203759	
3	Wilo Yañez	10776184	
4	Esmel Navarro	85163114	
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

Powered by CamScanner

CONSORCIO SST	CONSORCIO RENOVACION			
	Registro de Asistencia a Capacitaciones			
	Página: 1 de 1	Código:FT-SST 025	Versión:	Fecha:NOV 2025

Fecha:	07/02/26	Duración:	00: 15 min
Tema de capacitación:	Orden y aseo		
Nombre de capacitador:	Amy Viviana Ortiz Ramos	Firma:	

No.	Nombre y apellidos	Cédula	Firma
1	Moises Dela Rosa	1221981619	
2	Rafael Dela Rosa	1128203759	
3	Esmel Navarro	85163114	
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S.
INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

enlace operativo

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-02-11, 09:36:53 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2026
Empresa	FANY RAMON
CEDULA CIUDADANIA	CC 1094367126
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	83656612
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	54368144
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 500.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 280.200	$ 900
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 218.900	$ 700
			SubTotales:	$ 499.100	$ 1.600
			Total a Pagar:		$ 500.700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	860524168
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			INPLAYCO SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA. 16A NO. 82 - 13 OFC. 201	TELÉFONO:	6180878
TIPO APORTANTE:	15-CONTRATANTE	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6005893038**			TIPO DE PLANILLA:	Y-INDEPENDIENTES EMPRESAS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES enero AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES enero AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/04			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	36810740

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	3		$ 0	$ 0		$ 0	$ 36.600	$ 36.600	$ 0	$ 0	$ 36.600
SUBTOTALES:									**$ 36.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 36.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD						ARP												
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1047438067	LOPEZ HERNANDEZ LEVIS ALFONSO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	R-28																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	3	$ 175.091		$ 12.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1098719187	OSMA MARQUEZ NICOLAS ALBERTO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	R-28																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	3	$ 175.091		$ 12.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1151449139	MENDOZA DORIA JOSE LUIS	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.750.905				NO	R-28																		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	3	$ 175.091		$ 12.200		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	**$ 36.600**

Planilla Pagada

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.170.043-7

CERTIFICA QUE:

JOSE LUIS MENDOZA DORIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.151.449.139**, se encuentra afiliado(a) al **AL FONDO DE CESANTÍAS PORVENIR**.

La presente certificación se expide el 26 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S.
INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que Jose Luis Mendoza Doria, identificado(a) con CC número **1151449139**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1151449139
NOMBRES Y APELLIDOS	Jose Luis Mendoza Doria
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	29/11/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	5 Tiene Derecho A Urgencias
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	15 - Proteccion Laboral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	23/01/2026
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	85 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	45 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	02/12/2020
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

N.I.T. 901647525 ACTUA DESARROLLOS SAS Desde 09/07/2025 Hasta 23/12/2025N.I.T. 901085615 CONSORCIO MEDITERRANEA Desde 13/12/2024 Hasta 12/06/2025

Generado por interfaces 26/01/2026

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES

INPLAYCO S.A.S.
INGENIEROS CONSTRUCTORES E INTERVENTORES

CONSORCIO RENOVACION

