INFORME DE SEGURIDAD Y SALU EN EL TRABAJO DE INTERVENTORIA No. 01

PERIODO:

26 de agosto y el 27 de septiembre de 2026.



Fuente: Registro fotográfico de la consultoría

CONSORCIO NOVALIX

OBJETO: INTERVENTORÍA TÉCNICA, ADMINISTRATIVA, FINANCIERA, CONTABLE, JURÍDICA, AMBIENTAL Y DE GESTIÓN EN LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, PARA EJERCER EL CONTROL INTEGRAL PARA EL CONTRATO DE EMOLICIÓN, CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN Y DEMÁS ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS FASES 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO, BAJO LA MODALIDAD DE PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE.

2026.

CONSORCIO NOVALIX

TABLA DE CONTENIDO.

1. INTRODUCCIÓN. 4

2. INFORMACION CONTRACTUAL. 4

3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) 5

3.1. Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) 5

3.2. Asignación de recursos 5

3.3. Afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social 6

3.4. Programa de capacitaciones 6

3.5. Exámenes médicos ocupacionales 7

3.6. Indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo 7

3.7. Investigación Accidentes, Incidentes y Enfermedad Laboral 8

3.9. Entrega de elementos de protección personal 8

3.10. Medidas de higiene 8

4. REGISTRO FOTOGRÁFICO 9

5. INFORME 1 CONTRATISTA NUSEFA OBRAS DT, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 10

5.1. Descripción de actividades ejecutadas del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo 10

5.2. Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo. 10

5.3. Afiliaciones al Sistema Integral de Seguridad Social. (10. registros) 10

5.4. Inducción en el SG-SST 11

5.5. Capacitaciones y charlas diarias de seguridad 11

5.6. Exámenes médicos ocupacionales de ingreso 12

5.7. Matriz de peligros 12

5.8. Permisos de trabajo en alturas 13

5.9. Análisis de trabajo seguro (ATS) 13

5.10. Inspecciones de seguridad 14

5.11. Elementos de protección personal 14

5.12. Plan de Prevención Preparación y Respuesta ante Emergencias 15

5.13. Orden, aseo y señalización 15

6. REGISTRO FOTGRÁFICO 16

7. CONCLUSIONES 17

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Información del contrato 4
Tabla 2. Recursos 5
Tabla 3. Personal afiliado a seguridad social activo en obra 6
Tabla 4. Capacitaciones 7
Tabla 5.Relación de exámenes médicos ocupacionales 7
Tabla 6. Personal activo en el proyecto Contratista Nusefa Obras DT 11
Tabla 7. Inducción, capacitación y charlas de seguridad 12
Tabla 8. Exámenes médicos ocupacionales de ingreso 12
Tabla 9. Registro de ATS 13
Tabla 10. Inspecciones de seguridad. 14
Tabla 11. Control de cambios 17

1. INTRODUCCIÓN.

El componente de Seguridad y Salud en el trabajo se construye con lo establecido en el

Decreto 1072 de 2015 Reglamento Único de Trabajo y la resolución 0312 de 2019 Estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), y demás normatividad aplicable, con el objetivo de mantener el bienestar físico, mental y social de los trabajadores del Consorcio Novalix.

2. INFORMACION CONTRACTUAL.

Tabla 1. Información del contrato

Nombre del Proyecto:	Demolición, Construcción, Dotación y demás actividades para la ejecución de las Fases 1 y 2 del Colegio Nuestra Señora.
Entidad Contratante:	DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA - POLICÍA NACIONAL con NIT. 830.042.321-0
Contratista Interventoría:	CONSORCIO NOVALIX con NIT 902,082,781-7
Contrato de Interventoría:	PN DIBIE 08-5-16025-26
Objeto Interventoría:	Interventoría Técnica, Administrativa, Financiera, Contable, Jurídica, Ambiental y de Gestión en la Seguridad y Salud en el trabajo, para ejercer el control integral para el contrato de Demolición, Construcción, Dotación y demás actividades para la ejecución de las fases 1 y 2 del Colegio Nuestra Señora de las Lajas en la ciudad de San Juan de Pasto, bajo la modalidad de precios unitarios fijos sin fórmula de reajuste.
Valor del Contrato:	$ 1.393.904.794,23 (Mil trescientos noventa y tres millones novecientos cuatro mil setecientos noventa y cuatro pesos con 23/100 M/CTE).
Acta de inicio:	27 de agosto de 2026
Finalización de Contrato:	31 de diciembre de 2026
Plazo Contractual:	126 días calendario

3. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST)

En el presente informe se reporta las actividades de Seguridad y Salud en el Trabajo, ejecutadas con el personal de interventoría del Consorcio Novalix del proyecto “DEMOLICIÓN, CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DE LAS FASES 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS, PASTO – NARIÑO”, correspondiente a la Seguridad y Salud en el Trabajo.

3.1. Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

El Consorcio Novalix dando cumplimiento a las Resolución 0312 de 2019, durante el periodo comprendido entre el 26 agosto al 27 de septiembre de 2026, inicia a ejecutar el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), con el personal de interventoría, para lo cual designa a la Profesional Administradora en Salud Ocupacional Oliva Marleni Melo Trujillo, con licencia N. 250 del Instituto Departamental de Salud de Nariño, de la misma manera cuenta con el curso de 50 y 20 horas en el SG-SST.

Ver Anexo 1-SST. Acta de designación del responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST).

3.2. Asignación de recursos

El Consorcio NOVALIX dispuso y asignó los recursos humanos, técnicos, financieros y tecnológicos necesarios para la implementación, mantenimiento y mejora continua del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), garantizando el desarrollo de las actividades de prevención, promoción, control de riesgos y cumplimiento con los requisitos legales y contractuales aplicables.

Tabla 2. Recursos

Concepto	Cumplimiento
Financieros	
Dotación	SI
Elementos de Protección Personal (EPP)	SI
Señalización y Control de Riesgos	SI
Exámenes Médicos Ocupacionales	SI
Capacitaciones	SI
HUMANOS	

Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST - VIGÍA	SI
Comité de Convivencia Laboral	SI
Tecnológicos	
Computadores	5
Impresoras	1
Mobiliario y equipos De Oficina	
Sillas ergonómicas	6
Papelería y herramientas de oficina	SI
Otros	Insumos de higiene

3.3. Afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social

El Consorcio Novalix realizó la afiliación al Sistema Integral de Seguridad Social, salud, pensión, riesgos laborales con nivel de riesgo V en la Administradora de Riesgos Laborales ARL Colmena, así mismo afilió al personal a EPS, AFP y Caja de compensación familiar. De la mima manera realiza el pago correspondiente de la planilla Pila relacionado al periodo reportado.

Ver Anexo 2-SST. Planilla de seguridad social.

Tabla 3. Personal afiliado a seguridad social activo en obra

#	Nombres Y Apellidos	Identificación	Cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	Arl	Salud	Pensión	Comfamiliar
1	Astrith Paola Martínez Salas	27.090.576	Director de Obra	1/09/2026	Activo	Colmena	Nueva Eps	Colpensiones	SI
2	Edwin German Mejía Achicanoy	1.085.244.621	Residente de obra	7/09/2023	Activo	Colmena	Sanitas	Porvenir	SI
3	Oliva Marleni Melo Trujillo	27.108.912	Profesional HSEQ	24/09/2026	Activo	Colmena	Sanitas	Porvenir	SI
4	Manuel Alejandro Martínez Salas	1.085.249.690	Auxiliar administrativo	24/09/2026	Activo	Colmena	Nueva Eps	Colpensiones	SI
5	Angela María Santos Martínez	1.085.249.690	Profesional de Social	8/09/2026	Activo	Colmena	Sanitas	Protección	SI
6	Danie Maritza Jojoa Goyes	1.085.912.551	Profesional ambiental	5/10/2026	Activo	Colmena	Sanitas	Porvenir	SI

3.4. Programa de capacitaciones

La Interventoría cuenta con el programa de Capacitaciones para realizar las actividades de inducción, capacitación y sensibilización en Seguridad y Salud en el Trabajo, dirigidas al personal vinculado al proyecto, de acuerdo con los riesgos identificados y las necesidades

operativas de la obra. Además de realizar capacitaciones se realiza charlas de seguridad y pausas activas como se evidencia en el registro fotográfico.

Ver Anexo 3-SST. Inducción y evaluaciones del SG-SST.

Durante el periodo se realiza las siguientes actividades

Tabla 4. Capacitaciones

Capacitaciones de Seguridad Y Salud en el Trabajo	
Tema	**N**
Inducción en el SG-SS	**5**
Evaluación de inducción	**5**

3.5. Exámenes médicos ocupacionales

El Consorcio Novalix realiza las evaluaciones médicas ocupacionales con la IPS LUZ MÉDICA en la Ciudad de Pasto, por lo cual durante el periodo se realizó el seguimiento a los conceptos ocupacionales en los cuales se verificó que el personal no cuenta con restricciones para realizar la labora contratada, además se entrega al personal las recomendaciones médicas de acuerdo con la normatividad.

Esta evaluaciones se realizaron de acuerdo con los riesgos a los cuales se encuentra expuesto el personal de interventoría, de lo cual se verifica q el personal no tiene restricciones para realizar el cargo.

Ver Anexo 4-SST. Exámenes médicos ocupacionales y recomendaciones

Tabla 5.Relación de exámenes médicos ocupacionales

Descripción	Cumple			Observación / Evidencia						
	SI	NO	N/A	Ago	Sep	oct	Nov	Dic	TOTAL	
EXAMEN DE INGRESO	x			4	1		0	0	5	Reporte exámenes médicos
EXAMEN PERIODICO			-	-	-	-	-	-	0	N/A
EXAMEN DE EGRESO			-	-	-	-	-	-	0	0

3.6. Indicadores del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo

Con el fin de evaluar el desempeño del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, durante el período reportado se realiza seguimiento a los indicadores establecidos,

permitiendo verificar el cumplimiento de las actividades programadas y la eficacia de las medidas de control implementadas.

Durante la ejecución del proyecto no se ha presentado accidentes de trabajo, por lo cual el indicador es CERO (0).

3.7. Investigación Accidentes, Incidentes y Enfermedad Laboral.

Durante el periodo reportado no se presentaron accidentes de trabajo por ende no se presentan accidentes de trabajo

N. de accidentes de trabajo en el periodo *100
N. de trabajadores en el periodo

= 0/5 *100% = 0%.

3.8. Medición del ausentismo por incidentes, Accidentes de Trabajo y Enfermedad Laboral Ausentismo

N. de días perdidos en el periodo *100
N. de días programados en el periodo
0/5 *100% = 0%

3.9. Entrega de elementos de protección personal

El Consorcio Novalix realiza la entrega de dotación y elementos de protección personal a todo el personal profesional vinculado al proyecto con el objetivo de dar cumplimiento a los requisitos legales del personal.

Ver Anexo 5-SST. Entrega de dotación y EPP

3.10. Medidas de higiene

Se cuenta con las medidas de higiene en las instalaciones del campamento de interventoría, como lava manos, sanitarios, e insumos para la higiene y aseo general, como se evidencia en el registro fotográfico.

4. REGISTRO FOTOGRÁFICO



Inducción en el SG-SST



Pausas activas



Entrega de Dotación y EPP



Servicios sanitarios e higiene

ANEXOS SST CONSORCIO NOVALIX S.A.S. INTERVENTORÍA

(250)

COPIA

Por la cual se otorga una Licencia de Salud Ocupacional como Persona Natural.

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO
En uso de sus atribuciones legales y,

CONSIDERANDO:

Que, EL INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NARIÑO, es el Ente rector del Sistema General de Seguridad Social en el Departamento, que la Ley 1562 del 11 de julio de 2012 en su artículo 23, le asigna a las Direcciones Departamentales y Distritales de Salud, la función de expedición, Renovación, Vigilancia y Control de las Licencias de Salud Ocupacional a personas naturales o jurídicas que oferten servicios en Salud Ocupacional.

Que, de conformidad con lo establecido en el Artículo 1 de la Ley 1562 del 2012, la Salud Ocupacional se entenderá en adelante, como "SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO"

Que la Profesional OLIVA MARLENI MELO TRUJILLO, identificada con cédula de ciudadanía No.27.108.912 expedida en Ancuya, Administradora en Salud Ocupacional de Profesión , solicitó el 3 de diciembre de 2018 Licencia en Salud Ocupacional como Persona Natural y para el efecto diligenció la Solicitud de Licencia para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo- Personas Naturales, Resolución 4502 Ministerio de Salud y Protección Social –Riesgos Laborales -Anexo Técnico, acreditando la formación profesional para tal efecto y allegando la documentación exigida por la ley 1562 del 2012 en concordancia con la resolución No. 004502 del 2012.

Que la Oficina de Dimensión de Salud y Ámbito Laboral del Instituto Departamental de Salud de Nariño revisó y verifico la documentación requerida, encontrándose en orden y ajustada a derecho y confirmó los servicios que el solicitante puede prestar, emitiendo concepto favorable para expedir licencia para prestar servicios en Salud ocupacional.

Por lo anterior,

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO: Otorgar a OLIVA MARLENI MELO TRUJILLO, Administradora en Salud Ocupacional de Profesión, identificada con cédula de ciudadania No.27.108.912 expedida en Ancuya, la Licencia de Salud Ocupacional como Persona Natural para la Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo, para ejercer en los Campos de Acción que se enuncian en el artículo Segundo de esta Resolución.

ARTICULO SEGUNDO: Los Campos de Acción Autorizados en los que pueden prestar la Profesional OLIVA MARLENI MELO TRUJILLO son los siguientes:

1. Administración en Seguridad y Salud en el trabajo
2. Investigación del Accidente de Trabajo
3. Educación.
4. Capacitación.
5. Diseño, administración y ejecución del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo

COPIA

PARÁGRAFO PRIMERO: La Licencia de Salud Ocupacional otorgada la Profesional OLIVA MARLENI MELO TRUJILLO se expide por el termino de diez (10) años, contados a partir de la ejecutoria de la presente resolución; teniendo VALIDEZ en todo el territorio nacional de conformidad con el articulo 6 de la resolución 4502 del 2012 emanada del Ministerio de Salud y Protección Social, su renovación estará sujeta a la normatividad vigente para tal efecto.

ARTICULO TERCERO: El Titular de la Licencia, queda comprometido a cumplir en el ejercicio de sus actividades con las normas legales, técnicas y éticas para la prestación de Servicios en seguridad y Salud en el Trabajo, que para tal fin expidan los Ministerios de Salud y Protección Social y Ministerio del Trabajo.

ARTICULO CUARTO: Notificar la presente Resolución la Profesional OLIVA MARLENI MELO TRUJILLO, de acuerdo con lo establecido en los artículos 67 y 69 de la Ley 1437 del 2011, haciéndole saber que contra ella procede el recurso de reposición ante el Director del Instituto Departamental de Salud de Nariño dentro de los diez (10) días siguientes a su notificación, de conformidad con el artículo 76 de la ley 1437 del 2011.

ARTICULO QUINTO: La presente Resolución rige a partir de la fecha de su ejecutoria.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en San Juan de Pasto, a los dieciocho (18) días del mes de febrero de 2019.

JUAN CARLOS VELA SANTACRUZ
Director (E) IDSN

Proyectó: FABIOLA FIGUEROA FIGUEROA Profesional Especializada Dimensión de Salud y Ámbito Laboral		Revisó: LILIANA ORTIZ CORAL Subdirectora (E) de Salud Pública del IDSN	
Firma	Fecha: 10 de enero de 2019	Firma	Fecha: 18 de febrero de 2019

CONSORCIO NOVALIX	**CIRCULAR INTERNA**	Código: FSST-01 Versión: 02 Fecha: 29/04/2022

ASUNTO:	Acta de nombramiento del responsable del SG-SST		
LUGAR:	San Juan de Pasto Nar	**FECHA:**	24 de septiembre de 2026
DIRIGIDO A:	Trabajadores de CONSORCIO NOVALIX y autoridades competentes.		

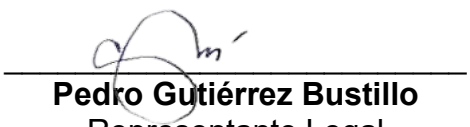
ANUNCIADO

Pedro Gutiérrez Bustillo en calidad de Representante Legal de **CONSORCIO NOVALIX** designa a Oliva Marleni Melo Trujillo, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 27.108.912 como responsable de la Implementación, del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo quien tendrá a cargo las siguientes responsabilidades de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015.

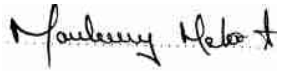
1. Planear, organizar, dirigir, desarrollar y aplicar el Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, y realizar la evaluación de seguimiento mínimo una vez al año.
2. Informar a la alta dirección sobre el funcionamiento y los resultados del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
3. Promover la participación de todos los miembros de la empresa en la implementación del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
4. Cumplir los requisitos legales en prevención de riesgos laborales y velar por su respectiva divulgación entre el personal, los contratistas y las partes interesadas.

Se firma el acta el día primero (1) de enero del 2026

FIRMA:



Pedro Gutiérrez Bustillo
Representante Legal



Marleni Melo Trujillo
Responsable SST

CONSORCIO NOVALIX	**CIRCULAR INTERNA**	Código: FSST-01 Versión: 02 Fecha: 29/04/2022

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSION	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	RESPONSABLE
13/01/2022	01	Creación del documento	Responsable SST
24/09/2026	02	Actualización del documento para uso de circulares relacionadas con el SG-SST	Responsable SST

LA REPÚBLICA DE COLOMBIA

Mediante registro RCO-002 del Ministerio de Trabajo, que avala
el proceso de formación acorde con la Circular 063 de 2020
y en su nombre

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A

Certifica que

OLIVA MARLENY MELO TRUJILLO

Identificado(a) con documento de identidad No CC27108912

Cursó y aprobó satisfactoriamente el curso de

Curso 20 horas del SG-SST - Actualización del proceso educativo virtual

Realizado con una intensidad horaria de 20 horas

Luego de cumplir con las actividades programadas y reunir los requisitos que exigen las normas académicas se firma en Bogotá, Colombia, el 31 de mayo de 2024

Carlos Iván Heredia Ferreira
Vicepresidente de Promoción y Prevención
Positiva Compañía de Seguros S.A.

Positiva Prevención

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

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 902082781	7	CONSORCIO NOVALIX	A - 200 O MAS COTIZANTES	PRINCIPAL	CL 77 B # 57 - 103 OF 907	NARIÑO-NARIÑO	3333333	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-10	741979683	9511647860	E	2026/10/20	2026/10/15	BANCO DE OCCIDENTE	0	$4,641,400

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (5 Afiliados)																								$14,990,001	$2,398,500			$14,990,001	$599,700			$14,990,000	$599,700			$14,990,001		$1,043,500		$0	$0		$4,641,400
Centro de Trabajo: CENTRO TRABAJO 2 (5 Afiliados)																								$14,990,001	$2,398,500			$14,990,001	$599,700			$14,990,000	$599,700			$14,990,001		$1,043,500		$0	$0		$4,641,400
Ciudad: PASTO Depto: NARIÑO (5 Afiliados)																								$14,990,001	$2,398,500			$14,990,001	$599,700			$14,990,000	$599,700			$14,990,001		$1,043,500		$0	$0		$4,641,400
1	CC	27090576	MARTINEZ ASTRID	X																		25-14	30	$7,000,000	$1,120,000	EPS037	30	$7,000,000	$280,000	CCF35	30	$7,000,000	$280,000	14-25	30	$7,000,000	6.960%	$487,200	30	$0	$0	Si	$2,167,200
2	CC	87068172	MARTINEZ MANUEL	X																		25-14	7	$933,334	$149,400	EPS037	7	$933,334	$37,400	CCF35	7	$933,333	$37,400	14-25	7	$933,334	6.960%	$65,000	7	$0	$0	Si	$289,200
3	CC	1085244621	MEJIA EDWIN	X																		230301	24	$4,000,000	$640,000	EPS005	24	$4,000,000	$160,000	CCF35	24	$4,000,000	$160,000	14-25	24	$4,000,000	6.960%	$278,400	24	$0	$0	Si	$1,238,400
4	CC	27108912	MELO OLIVA	X																		230301	7	$910,000	$145,600	ESSC18	7	$910,000	$36,400	CCF35	7	$910,000	$36,400	14-25	7	$910,000	6.960%	$63,400	7	$0	$0	Si	$281,800
5	CC	1085249690	SANTOS ANGELA	X																		230201	23	$2,146,667	$343,500	EPS005	23	$2,146,667	$85,900	CCF35	23	$2,146,667	$85,900	14-25	23	$2,146,667	6.960%	$149,500	23	$0	$0	Si	$664,800
Total			**Afiliados(5)**																					$14,990,001	$2,398,500			$14,990,001	$599,700			$14,990,000	$599,700			$14,990,001		$1,043,500		$0	$0		$4,641,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$2,398,500	$0	$0	$2,398,500
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$1,269,400	$0	$0	$1,269,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$785,600	$0	$0	$785,600
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$343,500	$0	$0	$343,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$1,043,500	$0	$0	$1,043,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	5	$1,043,500	$0	$0	$1,043,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				5	$599,700	$0	$0	$599,700
COMFAMILIAR NARIÑO	CCF35	891,280,008	1	5	$599,700	$0	$0	$599,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 3)				5	$599,700	$0	$0	$599,700
EMSSANAR	ESSC18	901,021,565	8	1	$36,400	$0	$0	$36,400
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	2	$317,400	$0	$0	$317,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$245,900	$0	$0	$245,900
TOTAL				**5**	**$4,641,400**	**$0**	**$0**	**$4,641,400**

INGENIERÍA DE PROYECTOS / INP SERVICIOS SAS	**EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCIÓN SG-SST**	Código: FSST-20 Fecha: 20/02/2026 Versión: V5

NOMBRE	ANGELA MARIA SANTOS M			**NO. IDENTIFICACIÓN**	1085249690
FECHA:	15 09 2026	**EMPRESA**		Consorcio Novalix	
INDUCCIÓN	1	**RE-INDUCCIÓN**		**CARGO**	Profesional Social
OBJETIVO	Evaluar los conocimientos adquiridos durante la inducción o reinducción realizada a los trabajadores y contratistas de INGENIERIA DE PROYECTOS S.A.S, INP SERVICIOS S.A.S..				
PUNTAJE QUE APRUEBA MINIMO 80% DE LA EVALUACIÓN					

Preguntas de selección múltiple con única respuesta.

1. **¿La política de SST, la empresa se compromete a?**
   a. Conformar el COPASST
   X. Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores independiente de su forma de contratación o vinculación, mediante la mejora continua del SG SST.
   c. Velar por la protección y prevención de daños a la propiedad y trabajadores.
   d. Ninguna de las anteriores

2. **¿Dentro de la política de prevención consumo de sustancias psicoactivas mi compromiso como trabajador es?**
   a. Consumir bebidas alcohólicas o drogas durante la jornada laboral.
   b. Realizar publicidad a bebidas alcohólicas.
   X. Acatar la política y no presentarme a laborar bajos los efectos del de alcohol, drogas y tabaco.
   d. Ninguna de las anteriores

3. **¿Si presenta un accidente de trabajo, cuando se debe reportar y a quién?**
   X. Inmediatamente al jefe inmediato o líder SST
   b. Cuando me acuerde al área de SST
   c. Días después porque me surgió un dolor, a mi jefe.
   d. A la semana siguiente, al celador.

4. **¿Cuáles son los elementos de protección mínimos requeridos y de obligatorio cumplimiento usar dentro de la obra?**
   a. Mascarilla para polvos, guantes y casco
   b. Botas y casco de seguridad.
   X. Botas de seguridad, Casco, guantes, protección respiratoria, protección para la vista y protección para oídos.
   d. Ninguna de las anteriores

5. **¿Es responsabilidad de la alta dirección evaluar por lo menos una vez al año la gestión de SST?**

   a. Verdadero [X] b. Falso [ ]

6. **¿Cuándo observe o detecte una condición de peligro dentro de la obra mi función como trabajador será?**
   a. Quedarme callado
   b. Reportar la condición insegura mediante formato establecido
   c. Advertir del riesgo a compañeros
   d. B y C son verdaderas

7. **¿Hacen parte de las medidas de prevención y control del SG-SST?**
   a. Realizar evaluaciones medicas ocupacionales
   b. Realizar inspecciones SST planeadas y no planeadas
   c. Capacitar al personal en la identificación de peligros
   d. Suministrar los elementos de protección personal
   e. Todas las anteriores

8. **¿En caso de presentarse una emergencia usted debe dirigirse a?**
   a. El punto de encuentro establecido por la empresa.
   b. Hacia la casa
   c. Quedarme en el sitio de trabajo

9. **¿Hacen parte de las responsabilidades de los trabajadores en el SG-SST?**
   a. Procurar el cuidado integral de su salud.
   b. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
   c. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
   d. Todas las anteriores

10. **¿Para que la gestión de un accidente sea eficiente, se deben desarrollar las siguientes acciones?**
    a. Llamados de atención directa y formal a los trabajadores
    b. Reportar
    c. Reportar y nombrar al líder SST para que investigue.
    d. Reportar, investigar, intervenir sobre las causas, divulgar las lecciones aprendidas.
    e. Ninguna de los anteriores.

11. **¿Cuáles son los principios de la Seguridad y Salud en el Trabajo?**
    a. Principio de prevención
    b. Principio de evaluación y control
    c. Principio de participación y comunicación
    d. Todas las anteriores

12. Nombre tres (3) objetivos del SG-SST

a. Prevención y control, cumplimiento legal, mejora continua.
X b. Promoción y prevención, Principio de evaluación y control, principio de participación y capacitación.
c. Ninguna es correcta

13. La diferencia entre acto inseguro y condición insegura es:

X a. La condición insegura es una situación que se presenta en el lugar de trabajo y se caracteriza por la presencia de peligros no controlados, mientras que el acto inseguro son acciones u omisiones cometidas por las personas y que posibilitan que se presente un accidente de trabajo.
b. La condición insegura es la posibilidad que ocurra un evento peligroso específico, y el acto inseguro son acciones u omisiones cometidas por las personas y que posibilitan que se presente un accidente de trabajo.
c. Ninguna es correcta

14. ¿Se le denomina (fuente, situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas) a?

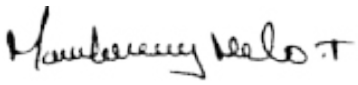
X a. Peligro
b. COPASST
c. Medicina Preventiva
d. Amenaza

INGENIERÍA DE PROYECTOS INP SERVICIOS SAS	**EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCIÓN SG-SST**	Código: FSST-20 Fecha: 20/02/2026 Versión: V5

De acuerdo con a presente evaluación doy fe que he realizado está evaluación a conciencia y confirmo mis responsabilidades como trabajador dentro del SG-SST las cuales se describen así:

1. Procurar el cuidado integral de su salud.
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
3. Conocer, entender y aplicar la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
4. Conocer los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo de sus actividades y aplicar las medidas para controlar
5. Mantener limpio y ordenado el lugar de trabajo.
6. Cumplir con la programación de los exámenes médicos.
7. Informar oportunamente al responsable del SG-SST o jefe inmediato acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
8. Participar en la identificación de peligros y aportar ideas para controlar los riesgos en SST.
9. Reportar los accidenten e incidentes laborales que se presente en su área en el momento que estos se presenten.
10. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
11. Conocer y utilizar adecuadamente los procedimientos para las tareas asignadas.
12. Participar activamente en la elección del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST y en la elección del comité de convivencia.
13. Participar en las capacitaciones e implementar los conocimientos adquiridos en las mismas.

Así mismo me comprometo a cumplir las funciones asignadas de forma segura.



FIRMA DEL CAPACITADOR

ANGELA SANTOS

FIRMA DEL TRABAJADOR

Calificación:	**Aprobó:**		**Reprobó:**	

INGENIERÍA DE PROYECTOS / INP SERVICIOS SAS	EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCIÓN SG-SST	Código: FSST-20 Fecha: 20/02/2026 Versión: V5

NOMBRE	ASTRID MARTINEZ SALAS		NO. IDENTIFICACIÓN	27.090.576	
FECHA:	17/SEP/2026.	EMPRESA	CONSORCIO NOVAUX.		
INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		CARGO	DIRECTORA INTERVENTORIA
OBJETIVO	Evaluar los conocimientos adquiridos durante la inducción o reinducción realizada a los trabajadores y contratistas de INGENIERIA DE PROYECTOS S.A.S, INP SERVICIOS S.A.S..				
PUNTAJE QUE APRUEBA MINIMO 80% DE LA EVALUACIÓN					100%

Preguntas de selección múltiple con única respuesta.

1. **¿La política de SST, la empresa se compromete a?**
   a. Conformar el COPASST
   b. Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores independiente de su forma de contratación o vinculación, mediante la mejora continua del SG SST.
   c. Velar por la protección y prevención de daños a la propiedad y trabajadores.
   d. Ninguna de las anteriores

2. **¿Dentro de la política de prevención consumo de sustancias psicoactivas mi compromiso como trabajador es?**
   a. Consumir bebidas alcohólicas o drogas durante la jornada laboral.
   b. Realizar publicidad a bebidas alcohólicas.
   c. Acatar la política y no presentarme a laborar bajos los efectos del de alcohol, drogas y tabaco.
   d. Ninguna de las anteriores

3. **¿Si presenta un accidente de trabajo, cuando se debe reportar y a quién?**
   a. Inmediatamente al jefe inmediato o líder SST
   b. Cuando me acuerde al área de SST
   c. Días después porque me surgió un dolor, a mi jefe.
   d. A la semana siguiente, al celador.

4. **¿Cuáles son los elementos de protección mínimos requeridos y de obligatorio cumplimiento usar dentro de la obra?**
   a. Mascarilla para polvos, guantes y casco
   b. Botas y casco de seguridad.
   c. Botas de seguridad, Casco, guantes, protección respiratoria, protección para la vista y protección para oídos.
   d. Ninguna de las anteriores

5. **¿Es responsabilidad de la alta dirección evaluar por lo menos una vez al año la gestión de SST?**

   a. Verdadero [X] b. Falso [ ]

Powered by CamScanner

12. Nombre tres (3) objetivos del SG-SST

a. Prevención y control, cumplimiento legal, mejora continua.
b. Promoción y prevención, Principio de evaluación y control, principio de participación y capacitación.
c. Ninguna es correcta

13. La diferencia entre acto inseguro y condición insegura es:

a. La condición insegura es una situación que se presenta en el lugar de trabajo y se caracteriza por la presencia de peligros no controlados, mientras que el acto inseguro son acciones u omisiones cometidas por las personas y que posibilitan que se presente un accidente de trabajo.
b. La condición insegura es la posibilidad que ocurra un evento peligroso específico, y el acto inseguro son acciones u omisiones cometidas por las personas y que posibilitan que se presente un accidente de trabajo.
c. Ninguna es correcta

14. ¿Se le denomina (fuente, situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas) a?

a. Peligro
b. COPASST
c. Medicina Preventiva
d. Amenaza

Powered by CamScanner

6. **¿Cuándo observe o detecte una condición de peligro dentro de la obra mi función como trabajador será?**
   a. Quedarme callado
   b. Reportar la condición insegura mediante formato establecido
   c. Advertir del riesgo a compañeros
   d. B y C son verdaderas

7. **¿Hacen parte de las medidas de prevención y control del SG-SST?**
   a. Realizar evaluaciones medicas ocupacionales
   b. Realizar inspecciones SST planeadas y no planeadas
   c. Capacitar al personal en la identificación de peligros
   d. Suministrar los elementos de protección personal
   e. Todas las anteriores

8. **¿En caso de presentarse una emergencia usted debe dirigirse a?**
   a. El punto de encuentro establecido por la empresa.
   b. Hacia la casa
   c. Quedarme en el sitio de trabajo

9. **¿Hacen parte de las responsabilidades de los trabajadores en el SG-SST?**
   a. Procurar el cuidado integral de su salud.
   b. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
   c. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
   d. Todas las anteriores

10. **¿Para que la gestión de un accidente sea eficiente, se deben desarrollar las siguientes acciones?**
    a. Llamados de atención directa y formal a los trabajadores
    b. Reportar
    c. Reportar y nombrar al líder SST para que investigue.
    d. Reportar, investigar, intervenir sobre las causas, divulgar las lecciones aprendidas.
    e. Ninguna de los anteriores.

11. **¿Cuáles son los principios de la Seguridad y Salud en el Trabajo?**
    a. Principio de prevención
    b. Principio de evaluación y control
    c. Principio de participación y comunicación
    d. Todas las anteriores

Powered by CamScanner

ING INGENIERÍA DE PROYECTOS INP SERVICIOS SAS	**EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCIÓN SG-SST**	Código: FSST-20 Fecha: 20/02/2026 Versión: V5

De acuerdo con a presente evaluación doy fe que he realizado está evaluación a conciencia y confirmo mis responsabilidades como trabajador dentro del SG-SST las cuales se describen así:

1. Procurar el cuidado integral de su salud.	ok
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.	ok
3. Conocer, entender y aplicar la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.	ok
4. Conocer los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo de sus actividades y aplicar las medidas para controlar	ok
5. Mantener limpio y ordenado el lugar de trabajo.	ok
6. Cumplir con la programación de los exámenes médicos.	ok
7. Informar oportunamente al responsable del SG-SST o jefe inmediato acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.	ok
8. Participar en la identificación de peligros y aportar ideas para controlar los riesgos en SST.	ok
9. Reportar los accidenten e incidentes laborales que se presente en su área en el momento que estos se presenten.	ok
10. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.	ok
11. Conocer y utilizar adecuadamente los procedimientos para las tareas asignadas.	ok
12. Participar activamente en la elección del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST y en la elección del comité de convivencia.	ok
13. Participar en las capacitaciones e implementar los conocimientos adquiridos en las mismas.	ok

Así mismo me comprometo a cumplir las funciones asignadas de forma segura.

Stefan Ruf

FIRMA DEL CAPACITADOR

ASTRID MARTINEZ S.
27.090.576.

FIRMA DEL TRABAJADOR

Calificación:	**Aprobó:**	x	**Reprobó:**	

Powered by CamScanner

INGENIERÍA DE PROYECTOS / INP SERVICIOS SAS	**EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCIÓN SG-SST**	Código: FSST-20 Fecha: 20/02/2026 Versión: V5

NOMBRE	Edwin German Mejía Achicanoy			**NO. IDENTIFICACIÓN**	1.085.244.621
FECHA:	15/09/2026		**EMPRESA**	Consorcio Novalix	
INDUCCIÓN	x	**RE-INDUCCIÓN**		**CARGO**	Residente de interventoría
OBJETIVO	Evaluar los conocimientos adquiridos durante la inducción o reinducción realizada a los trabajadores y contratistas de INGENIERIA DE PROYECTOS S.A.S, INP SERVICIOS S.A.S..				
PUNTAJE QUE APRUEBA MINIMO 80% DE LA EVALUACIÓN					100%

Preguntas de selección múltiple con única respuesta.

1. **¿La política de SST, la empresa se compromete a?**
   a. Conformar el COPASST
   b. Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores independiente de su forma de contratación o vinculación, mediante la mejora continua del SG SST.
   c. Velar por la protección y prevención de daños a la propiedad y trabajadores.
   d. Ninguna de las anteriores

2. **¿Dentro de la política de prevención consumo de sustancias psicoactivas mi compromiso como trabajador es?**
   a. Consumir bebidas alcohólicas o drogas durante la jornada laboral.
   b. Realizar publicidad a bebidas alcohólicas.
   c. Acatar la política y no presentarme a laborar bajos los efectos del de alcohol, drogas y tabaco.
   d. Ninguna de las anteriores

3. **¿Si presenta un accidente de trabajo, cuando se debe reportar y a quién?**
   a. Inmediatamente al jefe inmediato o líder SST
   b. Cuando me acuerde al área de SST
   c. Días después porque me surgió un dolor, a mi jefe.
   d. A la semana siguiente, al celador.

4. **¿Cuáles son los elementos de protección mínimos requeridos y de obligatorio cumplimiento usar dentro de la obra?**
   a. Mascarilla para polvos, guantes y casco
   b. Botas y casco de seguridad.
   c. Botas de seguridad, Casco, guantes, protección respiratoria, protección para la vista y protección para oídos.
   d. Ninguna de las anteriores

5. **¿Es responsabilidad de la alta dirección evaluar por lo menos una vez al año la gestión de SST?**

   a. Verdadero [x] b. Falso [ ]

6. **¿Cuándo observe o detecte una condición de peligro dentro de la obra mi función como trabajador será?**
   a. Quedarme callado
   b. Reportar la condición insegura mediante formato establecido
   c. Advertir del riesgo a compañeros
   d. B y C son verdaderas

7. **¿Hacen parte de las medidas de prevención y control del SG-SST?**
   a. Realizar evaluaciones medicas ocupacionales
   b. Realizar inspecciones SST planeadas y no planeadas
   c. Capacitar al personal en la identificación de peligros
   d. Suministrar los elementos de protección personal
   e. Todas las anteriores

8. **¿En caso de presentarse una emergencia usted debe dirigirse a?**
   a. El punto de encuentro establecido por la empres a.
   b. Hacia la casa
   c. Quedarme en el sitio de trabajo

9. **¿Hacen parte de las responsabilidades de los trabajadores en el SG-SST?**
   a. Procurar el cuidado integral de su salud.
   b. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
   c. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
   d. Todas las anteriores

10. **¿Para que la gestión de un accidente sea eficiente, se deben desarrollar las siguientes acciones?**
    a. Llamados de atención directa y formal a los trabajadores
    b. Reportar
    c. Reportar y nombrar al líder SST para que investigue.
    d. Reportar, investigar, intervenir sobre las causas, divulgar las lecciones aprendidas.
    e. Ninguna de los anteriores.

11. **¿Cuáles son los principios de la Seguridad y Salud en el Trabajo?**
    a. Principio de prevención
    b. Principio de evaluación y control
    c. Principio de participación y comunicación
    d. Todas las anteriores

12. Nombre tres (3) objetivos del SG-SST

a. Prevención y control, cumplimiento legal, mejora continua.
b. Promoción y prevención, Principio de evaluación y control, principio de participación y capacitación.
c. Ninguna es correcta

13. La diferencia entre acto inseguro y condición insegura es:

a. La condición insegura es una situación que se presenta en el lugar de trabajo y se caracteriza por la presencia de peligros no controlados, mientras que el acto inseguro son acciones u omisiones cometidas por las personas y que posibilitan que se presente un accidente de trabajo.
b. La condición insegura es la posibilidad que ocurra un evento peligroso específico, y el acto inseguro son acciones u omisiones cometidas por las personas y que posibilitan que se presente un accidente de trabajo.
c. Ninguna es correcta

14. ¿Se le denomina (fuente, situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas) a?

a. Peligro
b. COPASST
c. Medicina Preventiva
d. Amenaza

INGENIERÍA DE PROYECTOS INP SERVICIOS SAS	**EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCIÓN SG-SST**	Código: FSST-20 Fecha: 20/02/2026 Versión: V5

De acuerdo con a presente evaluación doy fe que he realizado está evaluación a conciencia y confirmo mis responsabilidades como trabajador dentro del SG-SST las cuales se describen así:

1. Procurar el cuidado integral de su salud.
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
3. Conocer, entender y aplicar la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
4. Conocer los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo de sus actividades y aplicar las medidas para controlar
5. Mantener limpio y ordenado el lugar de trabajo.
6. Cumplir con la programación de los exámenes médicos.
7. Informar oportunamente al responsable del SG-SST o jefe inmediato acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
8. Participar en la identificación de peligros y aportar ideas para controlar los riesgos en SST.
9. Reportar los accidenten e incidentes laborales que se presente en su área en el momento que estos se presenten.
10. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
11. Conocer y utilizar adecuadamente los procedimientos para las tareas asignadas.
12. Participar activamente en la elección del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST y en la elección del comité de convivencia.
13. Participar en las capacitaciones e implementar los conocimientos adquiridos en las mismas.

Así mismo me comprometo a cumplir las funciones asignadas de forma segura.

FIRMA DEL CAPACITADOR

Edwin German Mejia Achicanoy
C.C. 1.085.244.621 de Pasto

FIRMA DEL TRABAJADOR

Calificación:	**Aprobó:**	x	**Reprobó:**	

INGENIERÍA DE PROYECTOS / INP SERVICIOS SAS	EVALUACION DE INDUCCION Y REINDUCCIÓN SG-SST	Código: FSST-20 Fecha: 20/02/2026 Versión: V5

NOMBRE	Oliva Marleni Melo Trujillo			NO. IDENTIFICACIÓN	27108912
FECHA:	30 de septiembre 2026	EMPRESA	CONSORCIO NOVALIX		
INDUCCIÓN	X	RE-INDUCCIÓN		CARGO	Profesional HSEQ
OBJETIVO	Evaluar los conocimientos adquiridos durante la inducción o reinducción realizada a los trabajadores y contratistas de INGENIERIA DE PROYECTOS S.A.S, INP SERVICIOS S.A.S.				
PUNTAJE QUE APRUEBA MINIMO 80% DE LA EVALUACIÓN					100%

Preguntas de selección múltiple con única respuesta.

1. ¿La política de SST, la empresa se compromete a?

a. Conformar el COPASST
b. Proteger la seguridad y salud de todos los trabajadores independiente de su forma de contratación o vinculación, mediante la mejora continua del SG SST.
c. Velar por la protección y prevención de daños a la propiedad y trabajadores.
d. Ninguna de las anteriores

2. ¿Dentro de la política de prevención consumo de sustancias psicoactivas mi compromiso como trabajador es?

a. Consumir bebidas alcohólicas o drogas durante la jornada laboral.
b. Realizar publicidad a bebidas alcohólicas.
c. Acatar la política y no presentarme a laborar bajos los efectos del de alcohol, drogas y tabaco.
d. Ninguna de las anteriores

3. ¿Si presenta un accidente de trabajo, cuando se debe reportar y a quién?

a. Inmediatamente al jefe inmediato o líder SST
b. Cuando me acuerde al área de SST
c. Días después porque me surgió un dolor, a mi jefe.
d. A la semana siguiente, al celador.

4. ¿Cuáles son los elementos de protección mínimos requeridos y de obligatorio cumplimiento usar dentro de la obra?

a. Mascarilla para polvos, guantes y casco
b. Botas y casco de seguridad.
c. Botas de seguridad, Casco, guantes, protección respiratoria, protección para la vista y protección para oídos.
d. Ninguna de las anteriores

5. ¿Es responsabilidad de la alta dirección evaluar por lo menos una vez al año la gestión de SST?

a. Verdadero b. [X] Falso [ ]

6. ¿Cuándo observe o detecte una condición de peligro dentro de la obra mi función como trabajador será?
   a. Quedarme callado
   b. Reportar la condición insegura mediante formato establecido
   c. Advertir del riesgo a compañeros
   d. B y C son verdaderas

7. ¿Hacen parte de las medidas de prevención y control del SG-SST?
   a. Realizar evaluaciones medicas ocupacionales
   b. Realizar inspecciones SST planeadas y no planeadas
   c. Capacitar al personal en la identificación de peligros
   d. Suministrar los elementos de protección personal
   e. Todas las anteriores

8. ¿En caso de presentarse una emergencia usted debe dirigirse a?
   a. El punto de encuentro establecido por la empresa.
   b. Hacia la casa
   c. Quedarme en el sitio de trabajo

9. ¿Hacen parte de las responsabilidades de los trabajadores en el SG-SST?
   a. Procurar el cuidado integral de su salud.
   b. Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
   c. Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
   d. Todas las anteriores

10. ¿Para que la gestión de un accidente sea eficiente, se deben desarrollar las siguientes acciones?
    a. Llamados de atención directa y formal a los trabajadores
    b. Reportar
    c. Reportar y nombrar al líder SST para que investigue.
    d. Reportar, investigar, intervenir sobre las causas, divulgar las lecciones aprendidas.
    e. Ninguna de los anteriores.

11. ¿Cuáles son los principios de la Seguridad y Salud en el Trabajo?

a. Principio de prevención
b. Principio de evaluación y control
c. Principio de participación y comunicación
d. Todas las anteriores

12. Nombre tres (3) objetivos del SG-SST

a. Prevención y control, cumplimiento legal, mejora continua.
b. Promoción y prevención, Principio de evaluación y control, principio de participación y capacitación.
c. Ninguna es correcta

13. La diferencia entre acto inseguro y condición insegura es:

a. La condición insegura es una situación que se presenta en el lugar de trabajo y se caracteriza por la presencia de peligros no controlados, mientras que el acto inseguro son acciones u omisiones cometidas por las personas y que posibilitan que se presente un accidente de trabajo.
b. La condición insegura es la posibilidad que ocurra un evento peligroso específico, y el acto inseguro son acciones u omisiones cometidas por las personas y que posibilitan que se presente un accidente de trabajo.
c. Ninguna es correcta

14. ¿Se le denomina (fuente, situación o acto con potencial de daño en términos de enfermedad o lesión a las personas) a?

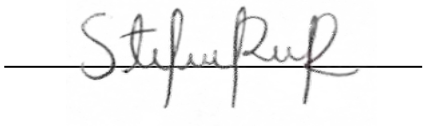
a. Peligro
b. COPASST
c. Medicina Preventiva
d. Amenaza

De acuerdo con a presente evaluación doy fe que he realizado está evaluación a conciencia y confirmo mis responsabilidades como trabajador dentro del SG-SST las cuales se describen así:

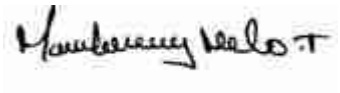
1. Procurar el cuidado integral de su salud.
2. Suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
3. Conocer, entender y aplicar la política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
4. Conocer los riesgos de Seguridad y Salud en el Trabajo de sus actividades y aplicar las medidas para controlar
5. Mantener limpio y ordenado el lugar de trabajo.
6. Cumplir con la programación de los exámenes médicos.

7. Informar oportunamente al responsable del SG-SST o jefe inmediato acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
8. Participar en la identificación de peligros y aportar ideas para controlar los riesgos en SST.
9. Reportar los accidenten e incidentes laborales que se presente en su área en el momento que estos se presenten.
10. Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos y metas del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo.
11. Conocer y utilizar adecuadamente los procedimientos para las tareas asignadas.
12. Participar activamente en la elección del comité paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST y en la elección del comité de convivencia.
13. Participar en las capacitaciones e implementar los conocimientos adquiridos en las mismas.

Así mismo me comprometo a cumplir las funciones asignadas de forma segura.



FIRMA DEL CAPACITADOR



FIRMA DEL TRABAJADOR

Calificación:	Aprobó:	X	Reprobó:	

IPS LUZ MEDICA
Salud integral para el trabajo

NIT: 900972966-4
Dir: Carrera 35 A # 18 - 10 Esquina
Barrio Palermo - Pasto
Cel: 310 468 1337 - 318 413 6077
Email: luzmedicapasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 84.692

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
21 DÍA	08 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE CONSULTING S.A.S.	INGENIERÍA DE PROYECTOS SAS

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MARTINEZ SALAS ASTRID PAOLA	FEMENINO	46 AÑOS 9 MESES 7 DÍAS	CC (Tipo)	27090576 (Número)

Cargo

DIRECTOR DE INTERVENTORIA

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	COLPENSIONES	NO TIENE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	NO FUMAR
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- CONTROL CADA AÑO CON OPTOMETRIA PARA VALORACION Y MANEJO
RECOMENDACIONES GENERALES Y SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE EN SST, USO DE EPP SEGÚN ACTIVIDAD, PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, REPORTE INMEDIATO DE ACCIDENTES DE TRABAJO, DIARIAMENTE DESINFECTAR LAS HERRAMIENTAS Y EQUIPOS DE TRABAJO
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA SALUDABLE, LAVARSE LAS MANOS CADA 3 HORAS CON AGUA Y JABÓN.

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

Médico

Firma: 

Nombre: CC: 36754434 - PAOLA CRISTINA BENAVIDES

R. M.: 52 2569/2014 **L.S.O.:** 2429

Código de Seguridad

X39D1J84692

Aspirante o Trabajador

Firma: 

Nombre: MARTINEZ SALAS ASTRID PAOLA

CC: 27090576

IPS LUZ MEDICA
Salud integral para el trabajo

NIT: 900972966-4
Dir: Carrera 35 A # 18 - 10 Esquina
Barrio Palermo - Pasto
Cel: 310 468 1337 - 318 413 6077
Email: luzmedicapasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 84.719

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	08 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE CONSULTING S.A.S.	INGENIERÍA DE PROYECTOS SAS

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MEJIA ACHICANOY EDWIN GERMAN	MASCULINO	40 AÑOS 10 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	1085244621 (Número)

Cargo: **RESIDENTE DE INTERVENTORIA**

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PORVENIR	BOLIVAR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL	✓	CUADRO HEMÁTICO	✓
AUDIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓
ESPIROMETRÍA	✓	EXAMEN ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓
OPTOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	NO FUMAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES Y SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE EN SST, USO DE EPP SEGÚN ACTIVIDAD, PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, REPORTE INMEDIATO DE ACCIDENTES DE TRABAJO, DIARIAMENTE DESINFECTAR LAS HERRAMIENTAS Y EQUIPOS DE TRABAJO
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA SALUDABLE, LAVARSE LAS MANOS CADA 3 HORAS CON AGUA Y JABÓN

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 36754434 - PAOLA CRISTINA BENAVIDES

R. M.: 52 2569/2014 **L.S.O.:** 2429

Código de Seguridad
D39J1P84719

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MEJIA ACHICANOY EDWIN GERMAN

CC: 1085244621

IPS LUZ MÉDICA
Salud integral para el trabajo

NIT: 900972966-4
Dir: Carrera 35 A # 18 - 10 Esquina
Barrio Palermo - Pasto
Cel: 310 468 1337 - 318 413 6077
Email: luzmedicapasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 84.993

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS P1

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE CONSULTING S.A.S.	INGENIERÍA DE PROYECTOS SAS

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MARTINEZ SALAS MANUEL ALEJANDRO	MASCULINO	41 AÑOS 9 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	87068172 (Número)

Cargo: **INGENIERO AUXILIAR**

EPS	AFP	ARL
NUEVA EPS	PORVENIR	NO TIENE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

SI	APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRÍA	✓	EXAMEN ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : PERFIL LIPIDICO ALTERADO	SVE VISUAL	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	NO FUMAR
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- CONTROL CADA AÑO CON OPTOMETRIA PARA VALORACION Y MANEJO

RECOMENDACIONES GENERALES Y SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE EN SST, USO DE EPP SEGÚN ACTIVIDAD, PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, REPORTE INMEDIATO DE ACCIDENTES DE TRABAJO, DIARIAMENTE DESINFECTAR LAS HERRAMIENTAS Y EQUIPOS DE TRABAJO

HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA SALUDABLE, LAVARSE LAS MANOS CADA 3 HORAS CON AGUA Y JABÓN.

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

Médico

Firma: Doctora Paola C. Benavides Paz MEDICO ESP. SST - LIC 2429 RM 522569

Nombre: CC: 36754434 - PAOLA CRISTINA BENAVIDES

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MARTINEZ SALAS MANUEL ALEJANDRO

R. M.:	52 2569/2014	L.S.O.:	2429	Y39E1K84993	CC:	87068172

IPS LUZ MÉDICA
Salud integral para el trabajo

NIT: 900972966-4
Dir: Carrera 35 A # 18 - 10 Esquina
Barrio Palermo - Pasto
Cel: 310 468 1337 - 318 413 6077
Email: luzmedicapasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 84.813

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INGENIA CONSULTING MARKETING GROUP	INGENIERÍA DE PROYECTOS SAS

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
SANTOS MARTINEZ ANGELA MARIA	FEMENINO	40 AÑOS 4 MESES 8 DÍAS	CC (Tipo)	1085249690 (Número)

Cargo: **PROFESIONAL SOCIAL**

EPS	AFP	ARL
SANITAS	PROTECCION	NO TIENE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
TAMIZAJE VISUAL	✓	EXAMEN ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
	CAPACITACIÓN	NO FUMAR

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES GENERALES Y SEGÚN NORMATIVIDAD VIGENTE EN SST, USO DE EPP SEGÚN ACTIVIDAD, PROTECCIÓN AUDITIVA EN EXPOSICIÓN A RUIDO, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA, REPORTE INMEDIATO DE ACCIDENTES DE TRABAJO, DIARIAMENTE DESINFECTAR LAS HERRAMIENTAS Y EQUIPOS DE TRABAJO
HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, DIETA SALUDABLE, LAVARSE LAS MANOS CADA 3 HORAS CON AGUA Y JABÓN.

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 36754434 - PAOLA CRISTINA BENAVIDES

R. M.: 52 2569/2014 **L.S.O.:** 2429

Código de Seguridad
J39P1V84813

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: SANTOS MARTINEZ ANGELA MARIA

CC: 1085249690

IPS LUZMEDICA
Salud integral para el trabajo

NIT: 900972966-4
Dir: Carrera 35 A # 18 - 10 Esquina
Barrio Palermo - Pasto
Cel: 310 468 1337 - 318 413 6077
Email: luzmedicapasto@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 84.958

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SEGURIDAD, SALUD EN EL TRABAJO Y AMBIENTE CONSULTING S.A.S.	INGENIERÍA DE PROYECTOS SAS

CIIU (Actividad Económica) del empleador: **SIN REGISTRAR**

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MELO TRUJILLO OLIVA MARLENI	FEMENINO	52 AÑOS 10 MESES 21 DÍAS	CC (Tipo)	27108912 (Número)

Cargo: **PROFESIONAL HSEQ**

EPS	AFP	ARL
EMSSANAR	PORVENIR	NO TIENE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
OPTOMETRÍA	✓	EXAMEN ANEXO OSTEOMUSCULAR	✓
CUADRO HEMÁTICO	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

DIETA BAJA EN GRASAS Y COLESTEROL AUMENTAR SESIONES DE ACTIVIDAD FISICA UTILIZAR LENTES DE CORRECCION OPTICA PARA VISION CERCANA CUMPLIR CON NORMAS DE SEGURIDAD LABORAL DE LA EMPRESA CONTROL MEDICO EN SU EPS PAUSAS ACTIVAS

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 98382804 - ALEXANDER VLADIMIR MARTINEZ

R. M.: 521653-6 **L.S.O.:** 2688

Código de Seguridad
Y39E1K84958

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MELO TRUJILLO OLIVA MARLENI

CC: 27108912

San Juan de Pasto 20 de octubre de 2026

Señor(a) trabajador (a)
ANGELA MARÍA SANTOS MARTÍNEZ

Cordial Saludo

Teniendo en cuenta el compromiso con el bienestar y salud de nuestros trabajadores y considerando que procurar el ***Autocuidado de la salud*** es uno de los deberes de los trabajadores según el artículo 22 de la ley 1295 de 1994, le solicitamos tener en cuenta las recomendaciones médicas relacionadas a continuación, las cuales fueron emitidas por el médico que realizó su examen ocupacional de ingreso, esto con el fin de evitar alteraciones en su salud.

De acuerdo con lo anterior a continuación se relacionan las respectivas recomendaciones generales.

1. Uso de elementos de protección personal según actividad,
2. Protección auditiva en exposición a ruido
3. Higiene postural, pausas activas, estiramientos de cuello, muñecas, codos hombros.
4. Realizar actividad física
5. Reporte inmediato en caso de accidentes de trabajo
6. Diariamente desinfectar las herramientas y equipos de trabajo
7. Hábitos de vida saludable, dieta saludable, lavarse las manos cada 3 horas con agua y jabón

De antemano agradecemos su atención favor remitir a esta área la evidencia de la gestión realizada para el cumplimiento de las recomendaciones.

Atentamente,

Marleni Melo Trujillo
Profesional HSEQ
Consorcio NOVALIX



_____
Firma del trabajador
Fecha: 20 octubre de 2026
Nombre: Angela María Santos Martínez

San Juan de Pasto 20 de octubre de 2026

Señor(a) trabajador (a)
ASTRID PAOLA MARTÍNEZ SALAS

Cordial Saludo

Teniendo en cuenta el compromiso con el bienestar y salud de nuestros trabajadores y considerando que procurar el ***Autocuidado de la salud*** es uno de los deberes de los trabajadores según el artículo 22 de la ley 1295 de 1994, le solicitamos tener en cuenta las recomendaciones médicas relacionadas a continuación, las cuales fueron emitidas por el médico que realizó su examen ocupacional de ingreso, esto con el fin de evitar alteraciones en su salud.

De acuerdo con lo anterior a continuación se relacionan las respectivas recomendaciones médicas.

1. Examen visual de control en un año

Recomendaciones generales

- Uso de elementos de protección personal según actividad
- Protección auditiva en exposición a ruido
- Higiene postural, pausas activas, estiramientos de cuello, muñecas, codos hombros.
- Realizar actividad física control de peso
- No fumar
- Reporte inmediato en caso de accidentes de trabajo
- Diariamente desinfectar las herramientas y equipos de trabajo
- Hábitos de vida saludable, dieta saludable
- Lavarse las manos cada 3 horas con agua y jabón

De antemano agradecemos su atención favor remitir a esta área la evidencia de la gestión realizada para el cumplimiento de las recomendaciones.

Atentamente,
Marleni Melo Trujillo
Profesional HSEQ.
Consorcio NOVALIX

Astrid Martínez S.
_____
Firma del trabajador
Fecha: 20 de octubre de 2026
Nombre: Astrid Paola Martínez

San Juan de Pasto 20 de octubre de 2026

Señor(a) trabajador (a)
MANUEL ALEJANDRO MARTÍNEZ SALAS

Cordial Saludo

Teniendo en cuenta el compromiso con el bienestar y salud de nuestros trabajadores y considerando que procurar el ***Autocuidado de la salud*** es uno de los deberes de los trabajadores según el artículo 22 de la ley 1295 de 1994, le solicitamos tener en cuenta las recomendaciones médicas relacionadas a continuación, las cuales fueron emitidas por el médico que realizó su examen ocupacional de ingreso, esto con el fin de evitar alteraciones en su salud.

De acuerdo con lo anterior a continuación se relacionan las respectivas recomendaciones médicas.

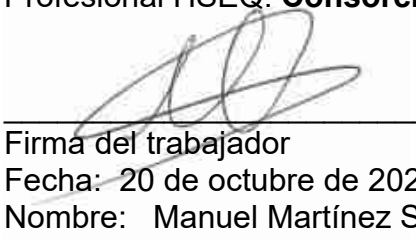
1. Examen visual de control en un año
2. Valoración por EPS. Perfil lipídico alterado

Recomendaciones generales

- Uso de elementos de protección personal según actividad
- Protección auditiva en exposición a ruido
- Higiene postural, pausas activas, estiramientos de cuello, muñecas, codos hombros.
- Realizar actividad física control de peso
- No fumar
- Reporte inmediato en caso de accidentes de trabajo
- Diariamente desinfectar las herramientas y equipos de trabajo
- Hábitos de vida saludable, dieta saludable
- Lavarse las manos cada 3 horas con agua y jabón

De antemano agradecemos su atención favor remitir a esta área la evidencia de la gestión realizada para el cumplimiento de las recomendaciones.

Atentamente,
Marleni Melo Trujillo
Profesional HSEQ. **Consorcio NOVALIX**



_____
Firma del trabajador
Fecha: 20 de octubre de 2026
Nombre: Manuel Martínez Salas

San Juan de Pasto 20 de octubre de 2026

Señor(a) trabajador (a)
MARLENI MELO TRUJILLO

Cordial Saludo

Teniendo en cuenta el compromiso con el bienestar y salud de nuestros trabajadores y considerando que procurar el ***Autocuidado de la salud*** es uno de los deberes de los trabajadores según el artículo 22 de la ley 1295 de 1994, le solicitamos tener en cuenta las recomendaciones médicas relacionadas a continuación, las cuales fueron emitidas por el médico que realizó su examen ocupacional de ingreso, esto con el fin de evitar alteraciones en su salud.

De acuerdo con lo anterior a continuación se relacionan las respectivas recomendaciones médicas.

1. Examen visual de control en un año

Recomendaciones generales

- Uso de elementos de protección personal según actividad
- Protección auditiva en exposición a ruido
- Higiene postural, pausas activas, estiramientos de cuello, muñecas, codos hombros.
- Realizar actividad física control de peso
- No fumar
- Reporte inmediato en caso de accidentes de trabajo
- Diariamente desinfectar las herramientas y equipos de trabajo
- Hábitos de vida saludable, dieta saludable
- Lavarse las manos cada 3 horas con agua y jabón

De antemano agradecemos su atención favor remitir a esta área la evidencia de la gestión realizada para el cumplimiento de las recomendaciones.

Atentamente,
Marleni Melo Trujillo
Profesional HSEQ.
Consorcio NOVALIX



_____
Firma del trabajador
Fecha: 20 de octubre 2026
Nombre: Oliva Marleni Melo T

San Juan de Pasto 20 de octubre de 2026

Señor(a) trabajador (a)
EDWIN GERMAN MEJÍA ACHICANOY

Cordial Saludo

Teniendo en cuenta el compromiso con el bienestar y salud de nuestros trabajadores y considerando que procurar el ***Autocuidado de la salud*** es uno de los deberes de los trabajadores según el artículo 22 de la ley 1295 de 1994, le solicitamos tener en cuenta las recomendaciones médicas relacionadas a continuación, las cuales fueron emitidas por el médico que realizó su examen ocupacional de ingreso, esto con el fin de evitar alteraciones en su salud.

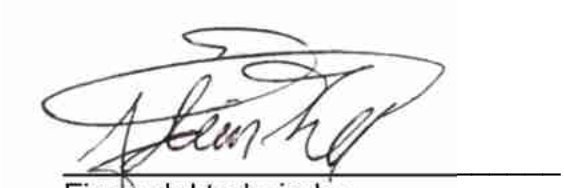
De acuerdo con lo anterior a continuación se relacionan las respectivas recomendaciones generales.

1. Uso de elementos de protección personal según actividad,
2. Protección auditiva en exposición a ruido
3. Higiene postural, pausas activas, estiramientos de cuello, muñecas, codos hombros.
4. Realizar actividad física control de peso
5. No fumar
6. Reporte inmediato en caso de accidentes de trabajo
7. Diariamente desinfectar las herramientas y equipos de trabajo
8. Hábitos de vida saludable, dieta saludable
9. Lavarse las manos cada 3 horas con agua y jabón

De antemano agradecemos su atención favor remitir a esta área la evidencia de la gestión realizada para el cumplimiento de las recomendaciones.

Atentamente,

Marleni Melo Trujillo
Profesional HSEQ
Consorcio NOVALIX



Firma del trabajador
Fecha: 20/10/2026
Nombre: Edwin G. Mejia A .

CONSORCIO NOVALIX	CONTROL ENTREGA DE DOTACION Y EPP A TABAJADORES	Código: FSST-51 Versión:03 Fecha: 20/02/2026

PROYECTO:	**DEMOLICIÓN CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN Y DEMÁS ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL LA FASE 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO**
OBSERVACIÓN:	**Ninguna**
NOMBRE:	**OLIVA MARLENI MELO TRUJILLO**
CARGO:	**RESPONSABLE OBRA:** **CONSORCIO NOVALIX**

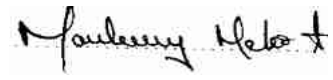
ARTICULO	TALLA	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
BOTAS DE SEGURIDAD	37	1	25/09/2026
CASCO	N/A	1	3/10/2026
TAPA OIDOS DE INSERCIÓN	N/A	1	5/10/2026
TAPA BOCAS	N/A	1	5/10/2026
GUANTES	9	1	5/10/2026

Nota importante sobre uso y cuidado de los elementos de Protección Personal (EPP):

El Equipo de Protección Personal entregado constituye una medida de control destinada a prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales derivadas de la exposición a factores de riesgo propios de la actividad desempeñada.

El trabajador se compromete a:
1. Utilizar el EPP de manera permanente y adecuada durante la ejecución de sus labores.
2.Conservarlo en buen estado, garantizando su limpieza, almacenamiento y mantenimiento.
3.Reportarde forma inmediata cualquier daño, deterioro o pérdida que afecte su funcionalidad.
4.No modificar ni alterar las características técnicas del EPP suministrado.

El uso inadecuado o la no utilización del EPP podrá generar medidas disciplinarias conforme al Reglamento Interno de Trabajo, sin perjuicio de las responsabilidades establecidas en la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ENTREGADO POR:	**RECIBIDO POR:**	
FIRMA: 	FIRMA: 	
NOMBRE: AstridMartínez	NOMBRE:	Oliva Marleni Melo Trujillo
CARGO: Directora de Obra	CEDULA	27.108.912
	CARGO:	Profesional HSEQ

CONSORCIO NOVALIX	CONTROL ENTREGA DE DOTACION Y EPP A TABAJADORES	Código: FSST-51 Versión:03 Fecha: 20/02/2026

PROYECTO:	**DEMOLICIÓN CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN Y DEMAS ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL LA FASE 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO**			
OBSERVACIÓN:	**Ninguna**			
NOMBRE:	**Edwin German mejia Achicanoy**			
CARGO:	**Residente de Interventoria**	**RESPONSABLE OBRA:**	**CONSORCIO NOVALIX**	
ARTICULO		**TALLA**	**CANTIDAD**	**FECHA ENTREGA**
BOTAS DE SEGURIDAD			1	25/09/2026
CASCO		N/A	1	3/10/2026
TAPA OIDOS DE INSERCIÓN		N/A	1	5/10/2026
TAPA BOCAS		N/A	1	5/10/2026
GUANTES		9	1	5/10/2026

Nota importante sobre uso y cuidado de los elementos de Protección Personal (EPP):

El Equipo de Protección Personal entregado constituye una medida de control destinada a prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales derivadas de la exposición a factores de riesgo propios de la actividad desempeñada.

El trabajador se compromete a:
1. Utilizar el EPP de manera permanente y adecuada durante la ejecución de sus labores.
2.Conservarlo en buen estado, garantizando su limpieza, almacenamiento y mantenimiento.
3.Reportarde forma inmediata cualquier daño, deterioro o pérdida que afecte su funcionalidad.
4.No modificar ni alterar las características técnicas del EPP suministrado.

El uso inadecuado o la no utilización del EPP podrá generar medidas disciplinarias conforme al Reglamento Interno de Trabajo, sin perjuicio de las responsabilidades establecidas en la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ENTREGADO POR:

FIRMA:

NOMBRE: Marleni Melo Trujillo
CARGO: PROFESIONAL HSEQ

RECIBIDO POR:

FIRMA:

Edwin G. Mejia A.
CEDULA 1085244621
Residente de Interventoria

CONSORCIO NOVALIX	CONTROL ENTREGA DE DOTACION Y EPP A TABAJADORES	Código: FSST-51 Versión:03 Fecha: 20/02/2026

PROYECTO:	**DEMOLICIÓN CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN Y DEMÁS ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL LA FASE 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO**
OBSERVACIÓN:	**Ninguna**
NOMBRE:	ASTRID PAOLA MARTINEZ SALAS
CARGO:	Directora Interventoria

RESPONSABLE OBRA:	**CONSORCIO NUSEGA DT**	

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
BOTAS DE SEGURIDAD	38	1	25/09/2026
CASCO	SI	1	3/10/2026
TAPA OIDOS DE INSERCIÓN	SI	1	5/10/2026
TAPA BOCAS	SI	1	5/10/2026
GUANTES	9	1	5/10/2026

Nota importante sobre uso y cuidado de los elementos de Protección Personal (EPP):

El Equipo de Protección Personal entregado constituye una medida de control destinada a prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales derivadas de la exposición a factores de riesgo propios de la actividad desempeñada.

El trabajador se compromete a:
1. Utilizar el EPP de manera permanente y adecuada durante la ejecución de sus labores.
2.Conservarlo en buen estado, garantizando su limpieza, almacenamiento y mantenimiento.
3.Reportarde forma inmediata cualquier daño, deterioro o pérdida que afecte su funcionalidad.
4.No modificar ni alterar las características técnicas del EPP suministrado.

El uso inadecuado o la no utilización del EPP podrá generar medidas disciplinarias conforme al Reglamento Interno de Trabajo, sin perjuicio de las responsabilidades establecidas en la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ENTREGADO POR:	**RECIBIDO POR:**
FIRMA:	FIRMA:
NOMBRE: Marleni Melo Trujillo	NOMBRE: ASTRID MARTINEZ SALAS
CARGO: PROFESIONAL HSEQ	CEDULA 27.090.576 de Pasto
	CARGO: Directora Interventoria

CONSORCIO NOVALIX	CONTROL ENTREGA DE DOTACION Y EPP A TABAJADORES	Código: FSST-51 Versión:03 Fecha: 20/02/2026

PROYECTO:	**DEMOLICIÓN CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN Y DEMÁS ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL LA FASE 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO**			
OBSERVACIÓN:	**Ninguna**			
NOMBRE:	**Manuel Alejandro Martínez Salas**			
CARGO:	**Ing. Aux. Administrativo**	**RESPONSABLE OBRA:**	**CONSORCIO NOVALIX**	
ARTICULO		**TALLA**	**CANTIDAD**	**FECHA ENTREGA**
BOTAS DE SEGURIDAD		42	1	25/09/2026
CASCO		N/A	1	3/10/2026
TAPA OIDOS DE INSERCIÓN		N/A	1	5/10/2026
TAPA BOCAS		N/A	1	5/10/2026
GUANTES		9	1	5/10/2026

Nota importante sobre uso y cuidado de los elementos de Protección Personal (EPP):

El Equipo de Protección Personal entregado constituye una medida de control destinada a prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales derivadas de la exposición a factores de riesgo propios de la actividad desempeñada.

El trabajador se compromete a:
1. Utilizar el EPP de manera permanente y adecuada durante la ejecución de sus labores.
2.Conservarlo en buen estado, garantizando su limpieza, almacenamiento y mantenimiento.
3.Reportarde forma inmediata cualquier daño, deterioro o pérdida que afecte su funcionalidad.
4.No modificar ni alterar las características técnicas del EPP suministrado.

El uso inadecuado o la no utilización del EPP podrá generar medidas disciplinarias conforme al Reglamento Interno de Trabajo, sin perjuicio de las responsabilidades establecidas en la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ENTREGADO POR:	**RECIBIDO POR:**	
FIRMA:	FIRMA:	
NOMBRE: Marleni Melo Trujillo	NOMBRE:	Manuel Alejandro Martinez Salas
CARGO: PROFESIONAL HSEQ	CEDULA	87.068.172
	CARGO:	Ingeniero Aux. Administrativo

CONSORCIO NOVALIX	CONTROL ENTREGA DE DOTACION Y EPP A TABAJADORES	Código: FSST-51 Versión:03 Fecha: 20/02/2026

PROYECTO:	**DEMOLICIÓN CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN Y DEMÁS ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DEL LA FASE 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO**		
OBSERVACIÓN:	**NINGUNA**		
NOMBRE:	**ANGELA MARÍA SANTOS MARTÍNEZ**		
CARGO:	**PROFESIONAL SOCIAL**	**RESPONSABLE OBRA:**	**CONSORCIO NOVALIX**

ARTICULO	TALLA	CANTIDAD	FECHA ENTREGA
BOTAS DE SEGURIDAD	35	1	1/10/2026
CASCO	N/A	1	3/10/2026
TAPA OIDOS DE INSERCIÓN	N/A	1	5/10/2026
TAPA BOCAS	N/A	1	5/10/2026
GUANTES	NA		5/10/2026

Nota importante sobre uso y cuidado de los elementos de Protección Personal (EPP):

El Equipo de Protección Personal entregado constituye una medida de control destinada a prevenir accidentes de trabajo y enfermedades laborales derivadas de la exposición a factores de riesgo propios de la actividad desempeñada.

El trabajador se compromete a:

1. Utilizar el EPP de manera permanente y adecuada durante la ejecución de sus labores.
2.Conservarlo en buen estado, garantizando su limpieza, almacenamiento y mantenimiento.
3.Reportarde forma inmediata cualquier daño, deterioro o pérdida que afecte su funcionalidad.
4.No modificar ni alterar las características técnicas del EPP suministrado.

El uso inadecuado o la no utilización del EPP podrá generar medidas disciplinarias conforme al Reglamento Interno de Trabajo, sin perjuicio de las responsabilidades establecidas en la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

ENTREGADO POR:

FIRMA:

NOMBRE: Marleni Melo Trujillo
CARGO: Profesional HSEQ

RECIBIDO POR:

FIRMA:

NOMBRE: Angela Santos
CEDULA 1.085.249.690
CARGO: Profesional Social

5. INFORME N.1 CONTRATISTA NUSEFA OBRAS DT, SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

5.1. Descripción de actividades ejecutadas del Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el Trabajo

Durante el periodo comprendido entre el **26 de agosto al 27 de septiembre de 2026**, la Interventoría realizó la revisión técnica y validación de los soportes documentales del contratista, de las actividades ejecutadas por el contratista, verificando el cumplimiento de los estándares mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo del CONSORCIO NUSEFA OBRAS DT.

5.2. Responsable del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

El contratista designa una responsable Profesional en Seguridad en el trabajo para que diseñe y ejecute el Sistema de Gestión de acuerdo a los lineamientos establecidos en el Decreto 1072 de 2015 y la Resolución 0312 de 2019, Estándares Mínimos, la cual cuenta con licencia de Seguridad y Salud en el trabajo, el curso de 20 horas del SG-SST, cumpliendo con los requisitos legales como establece la norma para ser responsable de actividades de riesgo con nivel V.

Ver Anexo 1-SST. Responsable del SG-SST

5.3. Afiliaciones al Sistema Integral de Seguridad Social. (10. registros)

El Consorcio Nusefa Obras DT, realizó afiliación al sistema integral de seguridad social, salud, pensión, riesgos laborales con nivel de riesgo V en la Administradora de Riesgos Laborales ARL SURA, así mismo afilia al personal a EPS, AFP y Caja de compensación Comfamiliar Nariño. De la mima manera realiza el pago correspondiente de la planilla Pila relacionado al periodo reportado.

Ver Anexo 2-SST. Afiliaciones y Planilla de seguridad social

A continuación, se relaciona la tabla del personal que ingresa a laborar al proyecto durante el periodo reportado.

Tabla 6. Personal activo en el proyecto Contratista Nusefa Obras DT

#	Nombres Y Apellidos	Identificación	Cargo	Fecha Ingreso	Fecha Retiro	*EPS*	ARL	AFP	Empresa responsable
1	Marlon Gustavo Conde Benavides	5.470.860	Director de obra	21/09/26	Activo	Compensar	Sura	Porvenir	Consorcio Obras Educativas Dt
2	Jhorman Duvan Rojas Sanguino	1.091.678.052	Residente de obra	15/09/26	Activo	Sanitas	Sura	Porvenir	Cobe Constructores S.A.S.
3	Juan Daniel Guerrero Delgado	1.004.234.241	Auxiliar Adm	17/09/26	Activo		Sura		Independiente
4	Daniela Rocio Delgado Chaparpued	1.085.279.002	Profesional Social	15/09/26	Activo	Porvenir	Sura	Porvenir	Independiente
5	Paula Juliana Sanchez Rodríguez	1.110.570.333	Profesional SST	21/09/26	Activo	Sanitas	Sura	Porvenir	Consorcio Obras Educativas Dt
6	Yony Francisco Morales Botina	98.381.982	Maestro de Obra	17/09/26	Activo	Nueva Eps	Sura	Porvenir	Cobe Constructores S.A.S.
7	Juan Carlos López Calvache	98.396.628	Oficial	17/09/26	Activo	Sanitas	Sura	Porvenir	Cobe Constructores S.A.S.
8	Johnny Mauricio Morales Diaz	1.085.306.188	Oficial	17/09/26	Activo	Emssanar	Sura	Porvenir	Cobe Constructores S.A.S.
9	John Freidy Mora	1.085.249.610	Ayudante	17/09/26	Activo	Nueva Eps	Sura	Porvenir	Cobe Constructores S.A.S.
10	Heider Gustavo Achicanoy Meneses	1.004.299.325	Ayudante	20/09/26	Activo	Emssanar	Sura	Porvenir	Cobe Constructores S.A.S.

5.4. Inducción en el SG-SST

Durante el periodo el contratista realiza la inducción al personal que ingresa, en el Sistema de Gestión de Seguridad y salud en el trabajo, con el objetivo de que conozcan las políticas SST, los objetivos, y todos los peligros identificados en el proyecto a realizar, medidas preventivas, uso adecuado de los elementos de protección, reporte de condiciones inseguras, actuación frente a emergencias y demás aspectos relacionados con la ejecución segura de las labores

Ver Anexo 3-SST. Inducción del SG-SST

5.5. Capacitaciones y charlas diarias de seguridad

Las capacitaciones SST son esenciales para garantizar un ambiente laboral seguro y cumplir con la normativa vigente. El contratista con el objetivo de sensibilizar al trabajador realiza capacitaciones incluyendo la identificación y control de riesgos laborales, cumpliendo con los requisitos específicos para las capacitaciones SST.

Ver Anexo 4-SST. Capacitaciones y charlas diarias

Tabla 7. Inducción, capacitación y charlas de seguridad

Fecha	Tema	Tipo de actividad	Participantes
21/09/2026	Inducción general en Seguridad y Salud en el Trabajo para ingreso a obra	Inducción	9
23/09/2026	Procedimiento trabajo seguro en alturas	Charla SST	2
24/09/2026	Riesgo locativo	Charla SST	5
25/09/2026	Importancia del seguimiento de los exámenes médicos	Charla SST	3
26/09/2026	Resolución 4272 de 2021 – Aspectos generales	Charla SST	5

5.6. Exámenes médicos ocupacionales de ingreso

El contratista realiza los Exámenes Ocupacionales de ingreso con la IPS OCUPASALUD, a 5 trabajadores que realizan actividades operativas, subcontratadas con la empresa COBE CONSTRUCTORES S.A.S, concepto verificado por la interventoría, en donde se evidencia que el personal no tiene restricciones para desempeñar la actividad a contratar.

Ver Anexo 5-SST. Evaluaciones médicas.

Tabla 8. Exámenes médicos ocupacionales de ingreso

Descripción	Cumple			Observación / Evidencia						
	SI	NO	N/A	Ago	Sep	oct	Nov	Dic	TOTAL	
EXAMEN DE INGRESO	x			0	5	0	0	0	5	Reporte exámenes médicos
EXAMEN PERIODICO			-	-	-	-	-	-	0	N/A
EXAMEN DE EGRESO			-	-	-	-	-	-	0	0

5.7. Matriz de peligros

El contratista diseño la matriz de identificación de peligros evaluación y valoración de los riegos, de acuerdo a las actividades a ejecutar en el proyecto, ya que esta es una herramienta del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) que identifica, analiza y prioriza los peligros y riesgos en cada proceso, área o puesto de trabajo, combinando probabilidad y severidad para definir controles preventivos.

Ver Anexo 6-SST. Matriz de peligros

5.8. Permisos de trabajo en alturas

Durante el periodo el contratista realizó trabajos en alturas, implementando las medidas de acuerdo a la Resolución 4272 de 2021, requisito aplicable para estas actividades, durante el periodo realizaron actividades de desmonte de tejas, red eléctrica y cerchas, para lo cual se efectuó el seguimiento de las condiciones de seguridad requeridas para el desarrollo de trabajos en altura.

El personal que realiza estas tareas se capacitó realizando el curso de reentrenamiento en trabajo en alturas y formación como trabajador autorizado. Adicionalmente, realizó una charla sobre el procedimiento de trabajo en alturas, en el cual se abordaron los aspectos generales y requisitos aplicables a la norma vigente.

Se verificó la gestión relacionada con permisos de trabajo, verificación de formación y reentrenamiento, autorización del personal, inspección de equipos y elementos, socialización de procedimientos y demás actividades realizadas para el desarrollo seguro de la labor.

Ver Anexo 7-SST. Permisos de trabajos en alturas

5.9. Análisis de trabajo seguro (ATS)

Durante el periodo el contratista realizó la socialización de riesgos en cada actividad y diligencio los Análisis de Trabajo Seguros, correspondientes a las actividades, de acuerdo con sus características y condiciones de ejecución, que requieren la identificación previa de peligros y definición de medidas preventivas y de control.

Los ATS fueron utilizados como herramienta de apoyo para la planeación de las actividades y la comunicación de los principales riesgos y controles al personal involucrado.

Ver Anexo 8-SST. Permisos de trabajos en alturas

Tabla 9. Registro de ATS

Fecha	Actividad	Cantidad de ATS
15/09/2026 al 19/09/2026	Desmonte de ventaneria, aparatos sanitarios, puertas, barandas, instalación de cerramiento en lona y zinc.	1
21/09/2026 al 26/09/2026	Desmonte de tejas, tubería eléctrica existente y cerchas.	1

5.10. Inspecciones de seguridad

Durante el periodo el contratista realiza inspecciones de seguridad en las cuales se verifica las condiciones de seguridad en la que labora el frente de trabajo, operativo condiciones de los equipos, maquinaria, herramienta y áreas de trabajo, así mismo la interventoría realiza recorrido diariamente inspeccionando cada actividad que realicen, que se encuentre señalizada, y en buenas condiciones para que realicen la tarea.

Si en las inspecciones se identifica condiciones inseguras, se le solicita al contratista implementar las medidas de prevención, corrección o control, garantizando condiciones seguras para todo el personal.

Ver Anexo 9-SST. Inspecciones

Tabla 10. Inspecciones de seguridad.

Fecha	Tipo de inspección	Cantidas	Observación
21/09/2026	Inspección locativa	1	Ninguna
22/09/2026	Inspección de herramientas y equipos	2	Ninguna
25/09/2026	Inspección de EPP	1	Ninguna
Diario	Inspección de EPCC	2	Ninguna
Total		7	

5.11. Elementos de protección personal

Durante el periodo el contratista realizó la entrega de elementos de protección personal requeridos de acuerdo con las actividades y condiciones de trabajo del personal vinculado al proyecto, así mismo realiza la entrega de dotación.

De igual manera, se realizó inspección y seguimiento al uso adecuado de los elementos durante el desarrollo de las actividades diarias en obra, de acuerdo con los peligros asociados a cada labor.

Los registros de entrega y reposición de elementos de protección personal se encuentran debidamente diligenciados y hacen parte de los soportes documentales correspondientes al periodo.

Ver Anexo 10-SST. Entrega de EPP y dotación

5.12. Plan de Prevención Preparación y Respuesta ante Emergencias

El contratista durante el periodo realizó el diseño del plan para ser ejecutado durante la ejecución del proyecto a lo cual se realiza seguimiento a las condiciones relacionadas con la preparación y respuesta ante emergencias. Teniendo en cuenta que el proyecto se encuentra en etapa inicial se solicitó al contratista disponer de los recursos necesarios para el Kit de emergencias, como una camilla, extintores tipo ABC y C02, botiquín de primero auxilios.

Ver Anexo 11-SST. Plan de Plan de Prevención Preparación y Respuesta ante Emergencias

5.13. Orden, aseo y señalización

Durante el periodo evaluado, correspondiente a la etapa inicial de ejecución del proyecto, se realizó seguimiento a las condiciones de orden y aseo en las áreas donde se adelantaron las primeras actividades de obra, teniendo en cuenta la ubicación de materiales, herramientas, equipos y elementos propios de los trabajos ejecutados.

El contratista instala la señalización general de las diferentes áreas de trabajo, de acuerdo con el avance de los frentes de obra y las zonas que serán habilitadas progresivamente.

Durante las actividades desarrolladas mantuvo la delimitación y control de las áreas intervenidas, procurando evitar el ingreso de personal ajeno a obra y mantener diferenciadas las zonas de obra de las áreas utilizadas por la institución educativa, teniendo en cuenta que el colegio continúa en funcionamiento.

El seguimiento a las condiciones de orden y aseo, delimitación y señalización las cuales se seguirán realizando de acuerdo al avance y ejecución de las actividades.

6. REGISTRO FOTGRÁFICO




Capacitación y charla de seguridad




Entrega de dotación y EPP



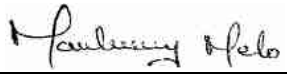
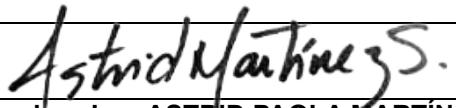

Orden y aseo

7. CONCLUSIONES

- La adecuada implementación, mantenimiento y seguimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST) constituye un eje fundamental para garantizar el desarrollo seguro de las actividades del proyecto y el control oportuno de los riesgos en cada frente de trabajo.

- La actuación de la profesional SST asegura una ejecución eficiente del SG-SST y el cumplimiento de los estándares mínimos normativos. Su labor resulta fundamental para garantizar condiciones seguras en el proyecto, a través de la identificación de peligros, la supervisión de los puestos de trabajo y la implementación de acciones correctivas orientadas a mitigar riesgos que afecten la seguridad y salud del personal, y evitar accidentalidad.

Tabla 11. Control de cambios

CONTROL DE CAMBIOS	
VERSIÓN	**FECHA**
1	27/09/2026
Elaboró	**Revisó y Aprobó**
	
Nombre: MARLENI MELO TRUJILLO	**Nombre: Ing. ASTRID PAOLA MARTÍNEZ**
Cargo: Profesional HSEQ Interventoría	**Cargo:** Directora de Interventoría
Fecha: 26/08/2026	**Fecha:** 27/09/2026

CONSORCIO NOVALIX

ANEXOS SST CONSORCIO NUSEFA OBRAS DT CONTRATISTA

ASIGNACIÓN DEL RESPONSABLE DEL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SG-SST

El día **21** del mes de **Septiembre** de **2026**, la gerencia de **CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT** como cabeza y líder de la organización delega para el desarrollo del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST al señor(a) **PAULA JULIANA SÁNCHEZ RODRIGUEZ** identificado con Cedula de Ciudadanía N° **1.110.570.333**, como responsable del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST, quien será el encargado de implementar, administrar, coordinar y ejecutar las actividades del Sistema de Gestión de la Seguridad y la Salud en el Trabajo de la empresa.

Además será el responsable de coordinar con los jefes de las áreas, la elaboración y actualización de la matriz de identificación de peligros, evaluación y valoración de riesgos y hacer la priorización para focalizar la intervención.

Para constancia de lo anterior se firma a los **21** días del mes de **Septiembre** de **2026.**





Representante Legal

Responsable del SG-SST

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 3798 de 11/04/2019

"Por la cual se Concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los articulos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldia Mayor de Bogotá y

.

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ, Identificado(a) con CC 1110570333 de IBAGUE, ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Articulo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaria Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ, Identificado(a) con CC 1110570333 de IBAGUE, como PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- HIGIENE INDUSTRIAL
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- EDUCACION Y CAPACITACION
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

ARTÍCULO TERCERO: La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransfenble, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaria Seccional o Distrital del país.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaria de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la matena. en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE

Dada en Bogotá D.C. a los 11/04/2019

Rosmira Mosquera Padilla

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Bogotá,D.C. 10 de junio de 2019
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Paula Juliana Sanchez
C.C #. 1.110-570.333
Teléfono: 3507853973
Correo: paula.sc@hotmail.com
Firma:

Elaboró CEVILLANUEVA
Revisó. Clara Helena Villanueva Herrera
Aprobó. Rosmira Mosquera Padilla

Scanned with CamScanner

Scanned with CamScanner

República de Colombia

Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S.

Autorizado por el Ministerio de Trabajo según Registro Certificado de Oferente RCO-0027

Confiere

Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Intensidad de 20 Horas

A

PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1110570333

Bogotá D.C., 29 de septiembre de 2026

CERTIFICACIÓN DIGITAL AUTORIZADA
LEY 527/1999 • DEC. 2364/2012

LUIS ALEJANDRO RUEDA PARDO
Representante Legal — Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S.

atc-20h-1110570333-2026
Escanear para validar en línea

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	*SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)*	*NOMBRES*
SANCHEZ	RODRIGUEZ	PAULA JULIANA

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN: C.C (X) C.E ( ) PAS ( ) No. 1.110.570.333

SEXO: F (X) M ( )

NACIONALIDAD: COL. (X) EXTRANJERO ( ) *PAÍS*: _____

LIBRETA MILITAR

PRIMERA CLASE ( ) SEGUNDA CLASE ( ) NÚMERO _____ D.M _____

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DÍA 06 MES 04 AÑO 1996

PAÍS: COLOMBIA

DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUE

DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA: MANZANA 21 CASA 8 ETAPA 4 BARRIO CANAVERAL

PAÍS: COLOMBIA DEPTO: TOLIMA

MUNICIPIO: IBAGUE

TELÉFONO: 3104423809 EMAIL: paula.sanchez.r0506@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											*TÍTULO OBTENIDO:* **BACHILLER ACADEMICO**
PRIMARIA					*SECUNDARIA*				*MEDIA*		*FECHA DE GRADO*
1o.	2o.	3o.	4o.	5o.	6o.	7o.	8o.	9o.	10	X 11	MES 11 AÑO 2013

EDUCACION SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA), **TL** (TECNOLÓGICA), **TE** (TECNOLÓGICA ESPECIALIZADA), **UN** (UNIVERSITARIA),
ES (ESPECIALIZACIÓN), **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER), **DOC** (DOCTORADO O PHD),

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	*No.SEMESTRES APROBADOS*	*GRADUADO SI*	*GRADUADO NO*	*NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO*	*TERMINACIÓN MES*	*TERMINACIÓN AÑO*	*No. DE TARJETA PROFESIONAL*
UN	10	X		PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL	12	2018	

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	*LO HABLA*			*LO LEE*			*LO ESCRIBE*		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
INGLES		X			X			X	

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

3 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL.

EMPLEO ACTUAL O CONTRATO VIGENTE			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO ACTUAL	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
GRUPO TITANIUM SAS		**X**	**COLOMBIA**
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
CUNDINAMARCA	**BOGOTA**	**grupotitaniumsas@gmail.com**	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
7552815			
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	
RESIDENTE DE SEGURIDAD YSALUD			

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR			
EMPRESA O ENTIDAD	*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*	*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*	
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO* DÍA MES AÑO	*FECHA DE RETIRO* DÍA MES AÑO	
CARGO O CONTRATO	*DEPENDENCIA*	*DIRECCIÓN*	

NOTA: SI REQUIERE ADICIONAR MAS EXPERIENCIA LABORAL, IMPRIMA NUEVAMENTE ESTA HOJA .

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

4 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES.

OCUPACIÓN	*TIEMPO DE EXPERIENCIA*	
	AÑOS	*MESES*
SERVIDOR PÚBLICO		
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO		
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	**6**	**2**
TOTAL TIEMPO EXPERIENCIA	**6**	**2**

5 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI ◯ NO (x) ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOMPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA.

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

*Ciudad y fecha de diligenciamiento*_____

PAULA SANCHEZ

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

6 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

Ciudad y fecha

NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS

ANEXOS


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.110.570.333
SANCHEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
PAULA JULIANA

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-1996
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74 ESTATURA
O- G.S. RH
F SEXO

06-MAY-2014 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2900100-00580312-F-1110570333-20140529 0038875459A 1 42952265

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Universidad del Tolima

Creada mediante Ordenanza número 005 de mayo 21 de 1945 de la Asamblea Departamental del Tolima

OTORGA EL TÍTULO DE

Profesional en Salud Ocupacional

A

Paula Juliana Sánchez Rodríguez

C.C. No. 1110570333 expedida en Ibagué

Quien cumplió satisfactoriamente los requisitos académicos exigidos.
En testimonio de ello se expide el presente

DIPLOMA

En la ciudad de Ibagué, a Diciembre 20 de 2018

El Rector de la Universidad

La Secretaria General

Universidad del Tolima
Libro de registro No. 15
Folio No. 209
Registro No. 98462

EXENTO Registro Dtpal. Acuerdo 62 Dec. Nal. 2150/95

Escaneado con CamScanner

ACTA DE GRADO NUMERO 149

Registro No. 98462 Folio No. 209 Libro No. 15

En Ibagué, a las 8:00 de la MAÑANA del jueves 20 de diciembre del año 2018, se reunieron en el Auditorio Mayor de la Academia de la Universidad del Tolima, presididos por el doctor OMAR A. MEJIA PATIÑO, Rector de la Universidad del Tolima, el doctor CARLOS ARTURO GAMBOA BOBADILLA, Director del Instituto de Educación a Distancia y la doctora NIDIA YURANY PRIETO ARANGO, Secretaria General de la Universidad del Tolima, con el objeto de proceder a la graduación de **Sánchez Rodríguez Paula Juliana** , identificado con Cédula de Ciudadanía número 1110570333 expedida en Ibagué, como Profesional en Salud Ocupacional.

Opción de Grado: Profundización en un área: Sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo desde el enfoque de la calidad.. Calificación: 3.5 (Tres.Cinco)

El señor rector recibió el juramento al graduando y le entregó el titulo que lo acredita como **Profesional en Salud Ocupacional**.

A las 10:00 AM del día, se dio por terminada la ceremonia de grado.

La Secretaria General leyó la presente acta, la cual se firmó a continuación.

UNIVERSIDAD DEL TOLIMA

EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
(Fdo.) OMAR A. MEJIA PATIÑO

EL DIRECTOR DEL INSTITUTO DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
(Fdo.) CARLOS ARTURO GAMBOA BOBADILLA

LA SECRETARIA GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DEL TOLIMA
(Fdo.) NIDIA YURANY PRIETO ARANGO

NIDIA YURANY PRIETO ARANGO
Secretaria General

Es copia
Ibagué, 20 de diciembre de 2018

Escaneado con CamScanner

13994

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
SUBDIRECCIÓN INSPECCIÓN, VIGILANCIA Y CONTROL DE SERVICIOS DE SALUD

RESOLUCION No 3798 de 11/04/2019

"Por la cual se Concede Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo"

LA DIRECTORA DE CALIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

En uso de sus facultades legales conferidas en los artículos 23 de la ley 1562 de 2012 y 1o. de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social y en especial por las que le confiere el Decreto 507 del 6 de noviembre de 2013 de la Alcaldía Mayor de Bogotá y

CONSIDERANDO

Que el (la) señor(a) PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ, Identificado(a) con CC 1110570333 de IBAGUE, ha solicitado Licencia para prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo como persona natural;

Que el peticionario ha presentado la documentación necesaria, exigida por el literal A del Artículo Segundo de la Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Que revisada la solicitud presentada con su documentación anexa y verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Resolución No. 4502 de 2012 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social para el otorgamiento de la licencia de salud ocupacional, se considera procedente la expedición de licencia solicitada.

En mérito de lo expuesto, la Directora de Calidad de Servicios de Salud de la Secretaría Distrital de Salud

RESUELVE

ARTICULO PRIMERO: Conceder Licencia de Prestación de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo a PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ, Identificado(a) con CC 1110570333 de IBAGUE, como PROFESIONAL EN SALUD OCUPACIONAL.

ARTICULO SEGUNDO: La licencia otorgada comprende la prestación de servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo en las siguientes áreas o campos de acción:

- PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- HIGIENE INDUSTRIAL
- SEGURIDAD INDUSTRIAL
- INVESTIGACION EN ACCIDENTES DE TRABAJO DE ACUERDO CON SU COMPETENCIA
- EDUCACION Y CAPACITACION
- DISEÑO, ADMINISTRACION Y EJECUCION DEL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

ARTÍCULO TERCERO. La presente Licencia se concede por término de diez (10) años, es de carácter personal e intransferible, tendrá validez en todo el territorio nacional y puede solicitarse su renovación, por un término igual, en cualquier Secretaría Seccional o Distrital del país.

ARTICULO CUARTO: Cuando el titular de la licencia modifique alguna de las condiciones acreditadas en el momento de su obtención, deberá informar tal hecho a la Dirección de Calidad de Servicios de Salud - Subdirección Inspección, Vigilancia y Control de Servicios de Salud de esta Secretaría de Salud, a fin de que se proceda a modificar la resolución por la cual se otorgó la licencia. En caso contrario incurrirá en las sanciones previstas en las normas legales vigentes.

ARTICULO QUINTO: El titular de la licencia deberá dar estricto cumplimiento a las normas que regulan la materia, en especial a la Ley 1562 de 2012, Resolución 4502 del 28 de diciembre de 2012 y demás normas que la modifiquen o adicionen.

ARTICULO SEXTO: Notificar personalmente esta Resolución a PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ informándole que de conformidad con el artículo 74 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo (Ley 1437 de 2011) contra la misma proceden los recursos de reposición y en subsidio apelación, los cuales podrá interponer ante esta Secretaría, dentro de los diez (10) días hábiles siguientes a la notificación de este acto administrativo.

NOTIFIQUESE Y CUMPLASE
Dada en Bogotá D.C. a los 11/04/2019

ROSMIRA MOSQUERA PADILLA
Directora de Calidad de Servicios de Salud

Elaboró: CEVILLANUEVA
Revisó: Clara Helena Villanueva Herrera
Aprobó: Rosmira Mosquera Padilla

Bogotá,D.C. 10 de junio de 2019
A la fecha notifiqué personalmente al señor (a) Paula Juliana Sanchez
C.C #. 1.110-570.333
Teléfono: 3507853973
Correo: paula[illegible]@hotmail.com
Firma:

CENCAPTOL

Centro de Capacitación del Tolima

NIT. 900.852.624-6

COD.: Aprobación No.08SE2021220000000014787 RES. 1178
Bureau Veritas Certificación NTC 6072:2014 09-CPR-008

Certificación de Capacitación y Entrenamiento en Trabajo Seguro en Alturas

En cumplimiento del Artículo 59 de la Resolución 4272 de 2021

La Corporación Centro de Capacitación del Tolima

CENCAPTOL

Certifica que:

PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ

Identificd o con cédula de ciudadanía 1.110.570.333

Realizó y aprobó la capacitación y entrenamiento nivel:
CURSO ACTUALIZACIÓN DE COORDINADORES TRABAJO SEGURO EN ALTURAS RES. 4272
Con una duración de: 16 Horas

Realizó en Ibagué del 12 al 13 de julio en el año 2023
Este certificdo se expide en Ibagué a los 13 días del mes de julio del 2023

Empresa contratante: CONSTRUCCIONES LEON S.A.S
Nit: 900417991-1
Representante Legal: José Epifanio León Aguirre
ARL: AXA COLPATRIA

Jessica Ospina Reinoso
Representante Legal

Erika Dayana Hernández Idarraga
Entrenadora T.S.A.
Licencia 1541 del 2021

Valide su certificado en www.cencaptol.com / cencaptol01@hotmail.com
PBX: 515 8653 - Km. 4 vía Mirolindo Contiguo a la Chevrolet - Ibagué - Tolima

CCT – 14868– 23

República de Colombia

Aliados en Tecnología y Calidad S.A.S.

Autorizado por el Ministerio de Trabajo según Registro Certificado de Oferente RCO-0027

Confiere

Certificado de Capacitación, Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST)

Intensidad de 50 Horas

A

Paula Juliana Sanchez Rodriguez

Identificado(a) con Cédula de Ciudadanía número 1110570333

Bogotá, 15 de febrero de 2023

ATCAL

63ed1785-af3c-169a-8606-69cf1a2f00191

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.110.570.333

Cursó y aprobó la acción de Formación

PRIMEROS AUXILIOS.

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Ibagué, a los veintinueve (29) días del mes de marzo de dos mil diecisiete (2017)

Firmado Digitalmente por
ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SUBDIRECTOR
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL TOLIMA

42647161 - 29/03/2017
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9310001381461CC1110570333C.

ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUÉ Y UNIDAD DE SALUD DE IBAGUÉ
PLAN DE SALUD PÚBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS 2016
MUNICIPIO DE IBAGUE
CONTRATO INTERADMINISTRATIVO Nº 1481
FECHA: 29 DE SEPTIEMBRE
VIGENCIA 2016

CERTIFICA QUE:

Paula Juliana Sanchez

Participó activamente en la ejecución de taller en el tema ***PRIMER RESPONDIENTE EN EMERGENCIAS*** durante el día **12** de Noviembre del año 2016 con un total de 4 horas.

Carolina Arcila Gonzalez
Dir. Administrativa Fundación Reanimando

ELSA G. MARTINEZ ECHEVERRY
Gerente

Elsa Graciela Martinez Echeverry
Gerente Unidad de Salud de Ibagué

U.S.I. Unidad de Salud de Ibagué E.S.E.

Alcaldía Municipal Ibagué

por IBAGUÉ con todo el corazón

Libertad y orden
REPÚBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En cumplimiento de la Ley 119 de 1994

Hace constar que

PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ

Con Cedula de Ciudadania No. 1.110.570.333

Cursó y aprobó la acción de Formación

SALUD OCUPACIONAL

con una duración de 40 horas

En testimonio de lo anterior, se firma el presente en Ibagué, a los veintitres (23) días del mes de noviembre de dos mil dieciseis (2016)

Firmado Digitalmente por
ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
Autenticidad del Documento
Bogotá - Colombia

ALVARO FREDY BERMUDEZ SALAZAR
SUBDIRECTOR
CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS
REGIONAL TOLIMA

40281760 - 23/11/2016
FECHA REGISTRO

La autenticidad de este documento puede ser verificada en el registro electrónico que se encuentra en la página web http://certificados.sena.edu.co, bajo el número 9310001316247CC1110570333C.

GRUPO TITANIUM S.A.S.
NIT 900.749.719-7
TEL. 311 899 0675
DIR. CARRERA 55 No. 152B-68 OF 1303

CERTIFICA QUE:

La señora **PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ,** identificado con la cedula de ciudadanía No. **C.C. 1.110.570.333,** prestó sus servicios profesionales a la compañía en calidad de **PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO ,** en el proyecto descrito así:

ENTIDAD CONTRATANTE	*SECRETARIA DE EDUCACIÓN DEL DISTRITO*
CONTRATO DE OBRA No.	*CO1.PCCNTR.2646125*
OBJETO	ADELANTAR OBRAS DE ADECUACIÓN MEJORAMIENTO Y MANTENIMIENTO CORRECTIVO DE LAS PLANTAS FÍSICAS ASÍ COMO LA ADECUACIÓN Y/O MEJORAMIENTO DE COMEDORES ESCOLARES DE LOS COLEGIOS DISTRITALES Y LA EJECUCIÓN DE LA OBRAS MENORES PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS EN LOS COLEGIOS DISTRITALES CON EL FIN DE ATENDER LOS REQUERIMIENTOS Y NECESIDADES EN TÉRMINOS DE INFRAESTRUCTURA PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO EDUCATIVO.
VALOR TOTAL	$ 20.819.418.115,00
FECHA DE INICIO	01 de Octubre del 2021
FECHA DE TERMINACIÓN	30 de marzo del 2023
DEDICACIÓN	100%
FUNCIONES REALIZADAS	Identificar y evaluar los riesgos asociados con las actividades de mantenimiento. Evaluar los riesgos físicos, químicos, biológicos y ergonómicos relacionados con las tareas a realizar. Elaborar y actualizar procedimientos y protocolos de seguridad específicos para las actividades de mantenimiento. Gestión de residuos, el manejo de sustancias químicas, y la prevención de caídas o accidentes. Proporcionar formación y capacitación continua a los trabajadores sobre prácticas seguras, uso adecuado de equipo de protección personal (EPP), y procedimientos de emergencia. Realizar inspecciones periódicas de las instalaciones y de las prácticas de trabajo para asegurar el cumplimiento de las normativas de seguridad y salud ocupacional. Esto incluye la supervisión del estado de las herramientas y equipos utilizados.

La prestación de servicio se dio a entera satisfacción durante el desarrollo y ejecución del mismo. En constancia de lo anterior, se firma en BOGOTÁ D.C., a solicitud del interesado a los 03 días del mes de Abril de 2023.

CARLOS ANDRÉS SALAZAR TOBÓN
C.C. NO. 1.019.007.501 DE BOGOTÁ D.C.
Representante Legal

GRUPO TITANIUM SAS
NIT. 900.749.719-7
TEL. 6017552815
DIR. CRA 55 NO. 152B-68 OFICINA 1303

CERTIFICA QUE:

La señora **PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ** identificado con la cedula de ciudadanía No. **1.110.570.333**, prestó sus servicios profesionales a la compañía en calidad de:

PROFESIONAL EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

En el desarrollo del CONTRATO No PN DIBIE N° 08-6-11011-23 Objeto: "MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO Y/O MEJORAS LOCATIVAS DE ALGUNAS INSTALACIONES DE LA POLICÍA NACIONAL-DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE" ÍTEM 2: "MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO Y/O MEJORAS LOCATIVAS DE ALGUNOS CENTROS VACACIONALES Y RECREACIONALES DE LA POLICÍA NACIONAL DIRECCIÓN DE BIENESTAR SOCIAL Y FAMILIA A PRECIOS UNITARIOS FIJOS SIN FÓRMULA DE REAJUSTE".

PRINCIPALES ACTIVIDADES:

1. Realizar evaluaciones de riesgos periódicas para identificar posibles peligros en el lugar de trabajo.
2. Evaluar los riesgos asociados con las actividades de mantenimiento, como trabajos en altura, manejo de sustancias químicas, y uso de maquinaria.
3. Crear y actualizar políticas y procedimientos de seguridad específicos para el mantenimiento de edificaciones.
4. Diseñar e impartir programas de capacitación en seguridad y salud para el personal involucrado en el mantenimiento.
5. Supervisar las actividades de mantenimiento para garantizar que se cumplan las normativas de seguridad.

Fecha de Inicio:	01 de julio del 2023.
Fecha de Culminación:	15 de abril del 2024.
Ejecución	BUENA

La prestación de servicio se dio a entera satisfacción durante el desarrollo y ejecución del mismo.
En constancia de lo anterior, se firma en BOGOTÁ, a solicitud del interesado a los 10 días del mes de junio de 2024.

CARLOS ANDRES SALAZAR TOBON
C.C. NO. 1.019.007.501 DE BOGOTÁ D.C.
REPRESENTANTE LEGAL GRUPO TITANIUM SAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **5470860**

CONDE BENAVIDES
APELLIDOS

MARLON GUSTAVO
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-ABR-1982**
OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

17-ABR-2000 OCAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

P-2506100-59084301-M-0005470860-20001012 **15890**00285B 02 005412212

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 901973776	1	CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	A - 200 O MAS COTIZANTES	EDUCATIVAS	CRA 55 152 B 68 OF 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202608421	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-09	682211756	9511726955	E	2026/09/17	2026/09/25	BANCO DE OCCIDENTE	8	$4,223,200

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	5470860	CONDE MARLON																		230301	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS008	30	$8,000,000	$320,000	CCF24	30	$8,000,000	$320,000	14-11	30	$8,000,000	$556,800	30	$0	$0	Si	$2,556,800
2	CC	1014477149	MORENO CHRISTIAN																		25-14	30	$1,800,000	$288,000	EPS008	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-11	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
3	CC	1110570333	SANCHEZ PAULA																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS005	30	$3,500,000	$140,000	CCF24	30	$3,500,000	$140,000	14-11	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
Total	**Afiliados(3)**																						$13,300,000	$2,208,000			$13,300,000	$532,000			$13,300,000	$532,000			$13,300,000	$925,700		$0	$0		$4,197,700

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 901973776	1	CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	A - 200 O MAS COTIZANTES	EDUCATIVAS	CRA 55 152 B 68 OF 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202608421	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-09	682211756	9511726955	E	2026/09/17	2026/09/25	BANCO DE OCCIDENTE	8	$4,223,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$2,208,000	$13,400					$0	$2,221,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$288,000	$1,800	$0	$0	$0	$0	$0	$289,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$1,920,000	$11,600	$40,000	$300	$40,000	$300	$0	$1,931,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$925,700	$5,600					$0	$931,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$925,700	$5,600	$0	$0	$0	$0	$0	$931,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$532,000	$3,200					$0	$535,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$532,000	$3,200	$0	$0	$0	$0	$0	$535,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$532,000	$3,300					$0	$535,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$392,000	$2,400	$0	$0	$0	$0	$0	$394,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$140,000	$900	$0	$0	$0	$0	$0	$140,900
TOTAL				**3**	**$4,197,700**	**$25,500**	**$40,000**	**$300**	**$40,000**	**$300**	**$0**	**$4,223,200**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:55:59 PM horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **5470860**
Apellidos y Nombres: **CONDE BENAVIDES MARLON GUSTAVO**

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

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

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

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

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303695781

PIB
13:58:01

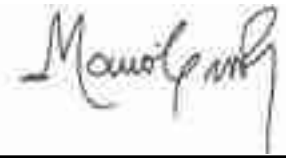
Bogotá DC, 25 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARLON GUSTAVO CONDE BENAVIDES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 5470860:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:59:39 horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **5470860,**
Apellidos y Nombres **CONDE BENAVIDES MARLON GUSTAVO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COBE CONSTRUCTORES**, con NIT **901190795-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

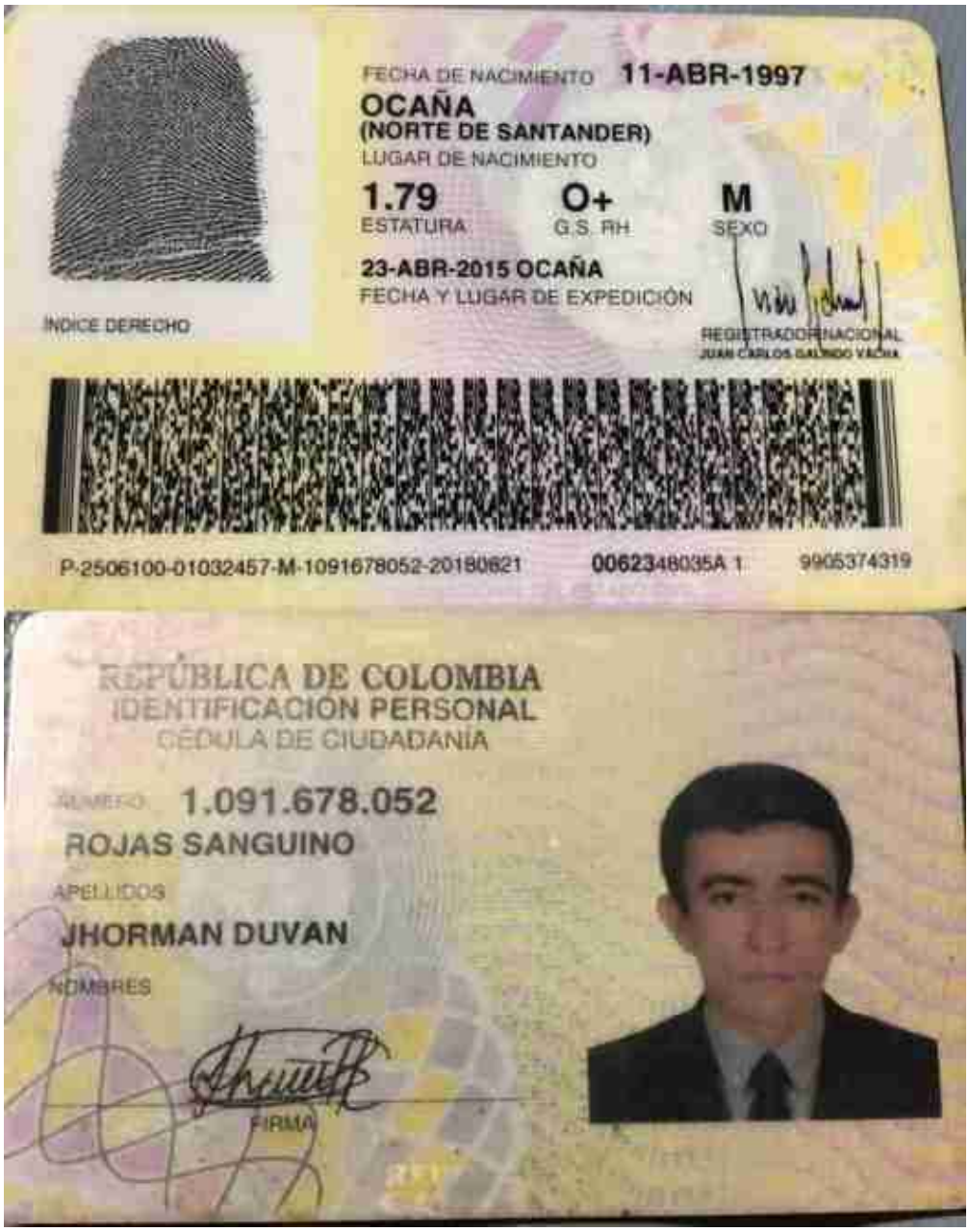
Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN



FECHA DE NACIMIENTO 11-ABR-1997

OCAÑA
(NORTE DE SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.79
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

23-ABR-2015 OCAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P-2506100-01032457-M-1091678052-20180621 0062348035A 1 9905374319

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.091.678.052

ROJAS SANGUINO
APELLIDOS

JHORMAN DUVAN
NOMBRES

FIRMA

Bogota 15.09.2026

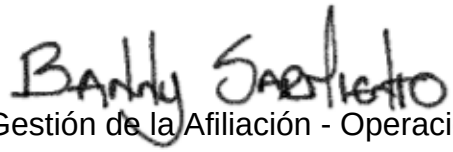
Señores,
COBE CONSTRUCTORES SAS - NI 901190795
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2026-09-15 con numero de radicado 8491141 :

Cordialmente,



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 8491141

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

Ciudad, Bogotá; 15 de septiembre de 2026

Señores

EPS Sanitas

Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador COBE CONSTRUCTORES SAS identificado como NIT – 901190795-9 , para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CEDULA	1091678052	JHORMAN DUVAN ROJAS SANGUINO	1750905	15/09/2026		TRANSV 61 B 9D 90 MARCELLA	BOGOTA	3004673292	JHORMANROJAS24@GMAIL.COM
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

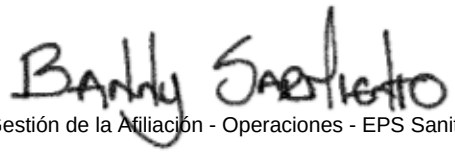
** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente



CLAUDIA TRUJILLO

COORDINADORA ADMINISTRAVA



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

Medellín, 14 de September 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 COBE CONSTRUCTORES S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CESAR		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1091678052	ROJAS SANGUINO JHORMAN DUVAN	15/09/2026		Hj632148	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 14/09/2026 21:02:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.194, 198.143.52.12, 172.16.42.57

Medellín, 30 de Septiembre 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 COBE CONSTRUCTORES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CESAR, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C98396628	LOPEZ CALVACHE JUAN CARLOS	17/09/2026		21322520	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1085306188	MORALES DIAS JOHNNY MAURICIO	17/09/2026		15213324	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C98381982	MORALES BOTINA YONY FRANCISCO	17/09/2026		17115923	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1004299325	ACHICANOY MENESES HEIDER GUSTAVO	20/09/2026		157o1241	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1085325096	ROSERO RUANO ANTONY YEFERSON	17/09/2026		22917445	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1091678052	ROJAS SANGUINO JHORMAN DUVAN	15/09/2026		Hj632148	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1085249610	MORA JOHN FREIDY	17/09/2026		41204CN2	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C667391422627335400

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 30/09/2026 09:50:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.210.36, 192.230.104.14, 172.16.42.57

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JHORMAN DUVAN ROJAS SANGUINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.091.678.052**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:22:28 PM horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1091678052**
Apellidos y Nombres: **ROJAS SANGUINO JHORMAN DUVAN**

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

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

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

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

DIJIN

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303694373

PIB
13:42:51

Bogotá DC, 25 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JHORMAN DUVAN ROJAS SANGUINO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1091678052:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:25:42 horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1091678052,**
Apellidos y Nombres **ROJAS SANGUINO JHORMAN DUVAN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COBE CONSTRUCTORES**, con NIT **901190795-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.110.570.333**
SANCHEZ RODRIGUEZ

APELLIDOS
PAULA JULIANA

NOMBRES

paula sanchez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-ABR-1996**
IBAGUE
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.74	O-	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

06-MAY-2014 IBAGUE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2900100-00580312-F-1110570333-20140529 0038875459A 1 42952265

Powered by CamScanner

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 901973776	1	CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	A - 200 O MAS COTIZANTES	EDUCATIVAS	CRA 55 152 B 68 OF 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202608421	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-09	682211756	9511726955	E	2026/09/17	2026/09/25	BANCO DE OCCIDENTE	8	$4,223,200

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	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	5470860	CONDE MARLON																		230301	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS008	30	$8,000,000	$320,000	CCF24	30	$8,000,000	$320,000	14-11	30	$8,000,000	$556,800	30	$0	$0	Si	$2,556,800
2	CC	1014477149	MORENO CHRISTIAN																		25-14	30	$1,800,000	$288,000	EPS008	30	$1,800,000	$72,000	CCF24	30	$1,800,000	$72,000	14-11	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0	Si	$557,300
3	CC	1110570333	SANCHEZ PAULA																		230301	30	$3,500,000	$560,000	EPS005	30	$3,500,000	$140,000	CCF24	30	$3,500,000	$140,000	14-11	30	$3,500,000	$243,600	30	$0	$0	Si	$1,083,600
Total	**Afiliados(3)**																						$13,300,000	$2,208,000			$13,300,000	$532,000			$13,300,000	$532,000			$13,300,000	$925,700		$0	$0		$4,197,700

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 901973776	1	CONSORCIO OBRAS EDUCATIVAS DT	A - 200 O MAS COTIZANTES	EDUCATIVAS	CRA 55 152 B 68 OF 1503	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3202608421	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-08	2026-09	682211756	9511726955	E	2026/09/17	2026/09/25	BANCO DE OCCIDENTE	8	$4,223,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$2,208,000	$13,400					$0	$2,221,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$288,000	$1,800	$0	$0	$0	$0	$0	$289,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	2	$1,920,000	$11,600	$40,000	$300	$40,000	$300	$0	$1,931,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$925,700	$5,600					$0	$931,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	3	$925,700	$5,600	$0	$0	$0	$0	$0	$931,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				3	$532,000	$3,200					$0	$535,200
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	3	$532,000	$3,200	$0	$0	$0	$0	$0	$535,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				3	$532,000	$3,300					$0	$535,300
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$392,000	$2,400	$0	$0	$0	$0	$0	$394,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$140,000	$900	$0	$0	$0	$0	$0	$140,900
TOTAL				**3**	**$4,197,700**	**$25,500**	**$40,000**	**$300**	**$40,000**	**$300**	**$0**	**$4,223,200**

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 02:00:31 PM horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1110570333**
Apellidos y Nombres: **SANCHEZ RODRIGUEZ PAULA JULIANA**

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

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

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

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

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303696113

PIB
14:01:14

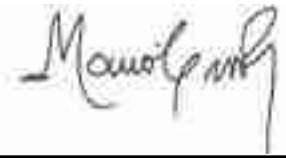
Bogotá DC, 25 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) PAULA JULIANA SANCHEZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1110570333:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:02:40 horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1110570333,**
Apellidos y Nombres **SANCHEZ RODRIGUEZ PAULA JULIANA**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COBE CONSTRUCTORES**, con NIT **901190795-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.085.279.002**

DELGADO CHAPARPUED

APELLIDOS

DANIELA ROCIO

NOMBRES

Daniela Rocio Delgado

FIRMA



Powered by CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **14-ENE-1990**

PASTO
(NARIÑO)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

AB+ G.S. RH

F SEXO

12-FEB-2008 PASTO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-2300100-01164100-F-1085279002-20200924 **00718**49997A 1 9913165429

Powered by CamScanner

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 Daniela Rocio Delgado Chaparpued, identificado(a) con CC número 1085279002, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1085279002
NOMBRES Y APELLIDOS	Daniela Rocio Delgado Chaparpued
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Conyuge
FECHA DE NACIMIENTO	14/01/1990
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/05/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	31/07/2026
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	232 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	181 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN ULTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/01/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1085279002 DANIELA ROCIO DELGADO CHAPARPUED Desde: 01/01/2025 Hasta: 31/07/2026

Generado por interfaces 28/09/2026

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

Medellín, 25 de september de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que DANIELA ROCIO DELGADO CHAPARPUED identificado(a) con cédula de ciudadanía 1085279002 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/09/2026 **Fecha fin cobertura:** 25/09/2027

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

COBE CONSTRUCTORES S.A.S. N901190795

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL CESAR

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5421001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 25/09/2026 9.44 AM

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANIELA ROCIO DELGADO CHAPARPUED, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.279.002**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 25 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:12:21 PM horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1085279002**
Apellidos y Nombres: **DELGADO CHAPARPUED DANIELA ROCIO**

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

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

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

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

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303691861

PIB
13:14:20

Bogotá DC, 25 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) DANIELA ROCIO DELGADO CHAPARPUED identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1085279002:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:16:56 horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1085279002,** Apellidos y Nombres **DELGADO CHAPARPUED DANIELA ROCIO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COBE CONSTRUCTORES**, con NIT **901190795-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA
NÚMERO 1.004.234.241
GUERRERO DELGADO
APELLIDOS
JUAN DANIEL
NOMBRES
Juan Daniel G
FIRMA


INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 24-OCT-2003
PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.80
ESTATURA
A+
G.S. RH
M
SEXO
10-NOV-2021 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA
P-2300100-01266363-M-1004234241-20211116
0076438652A 3
8503370295

Medellín, 25 de september de 2026

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

CERTIFICA:

Que JUAN DANIEL GUERRERO DELGADO identificado(a) con cédula de ciudadanía 1004234241 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 26/09/2026 **Fecha fin cobertura:** 25/09/2027

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

COBE CONSTRUCTORES S.A.S. N901190795

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - PRINCIPAL CESAR

CLASE: 5 **PORCENTAJE:** 6.96% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
5421001 - CONSTRUCCIÓN DE CARRETERAS Y VÍAS DE FERROCARRIL, INCLUYE LA CONSTRUCCIÓN, CONSERVACIÓN Y REPARACIÓN DE CARRETERAS, CALLES Y OTRAS VÍAS, PUENTES Y VIADUCTOS, TÚNELES, LÍNEAS DE FERROCARRIL Y DE METRO, PISTAS DE AEROPUERTOS

CODIGO DE ACTIVIDAD: 5421001

CLASE DE RIESGO: 5 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 6.96%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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: 25/09/2026 9.33 AM

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 01:48:49 PM horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1004234241**
Apellidos y Nombres: **GUERRERO DELGADO JUAN DANIEL**

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

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

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

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

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303695273

PIB
13:53:08

Bogotá DC, 25 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN DANIEL GUERRERO DELGADO identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004234241:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:50:56 horas del 25/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1004234241,** Apellidos y Nombres **GUERRERO DELGADO JUAN DANIEL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COBE CONSTRUCTORES**, con NIT **901190795-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 98.381.982

MORALES BOTINA

APELLIDOS

YONY FRANCISCO

NOMBRES



Yony Morales

FIRMA

Scanned with CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-1971

LA FLORIDA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | O+ G.S. RH | M SEXO

31-OCT-1990 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00147481-M-0098381982-20090123 0009606039A 1 6790007687

Scanned with CamScanner

30493032

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 631915

FECHA DE RADICACIÓN: 17 09 2026

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N0540

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
MORALES	BOTINA	YONY	FRANCISCO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 98381982
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA
14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA / NARIÑO / LA FLORIDA
15. FECHA NACIMIENTO: 13 07 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN:
NIVEL:
GRUPO:
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:
22. ARL: SURA
23. AFP: PORVENIR
24. IBC: $1,750,905.00
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: MZ H CASA 13 PANORAMICO 2
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3119042913
CORREO ELECTRÓNICO: yonymbotina71@gmail.com
DEPARTAMENTO: NARIÑO
MUNICIPIO/ DISTRITO: PASTO
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]
IPS: 20293

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
30. SEXO BIOLÓGICO: F M
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro Cual?
32. NACIONALIDAD:
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B2		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B3		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B4		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															
B5		CN MS RC TI CC CE SC PA CD AS PT															

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. HOSPITALIZACIÓN PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
COBE CONSTRUCTORES S.A.S	X	901190795	

59. Ubicación DIRECCIÓN	TELÉFONO FIJO O CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO
CL 22 17 45	3061890	cobeconstructores@gmail.com	VALLE DEL CAUCA	TULUA

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:
62. SEXO BIOLÓGICO: F M
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA MES AÑO
65. EPS ANTERIOR:
66. FECHA DE NOVEDAD: 17 09 2026
67. MOTIVO DE TRASLADO Código:
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(a) dependen económicamente de mi. [ ]
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. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: T.I. C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional — Yony Morales.
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio — Claudia Trujillo

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] Cantidad: Total:
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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. Total Anexos: [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: [ ] Código del departamento: [ ]
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: C.C. C.E. S.C. C.D. P.T.
Número del documento de identidad:
95. FIRMA DEL FUNCIONARIO:
96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA MES AÑO
97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA MES AÑO

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, YONY FRANCISCO MORALES BOTINA identificado (a) con R.C. | T.I. | C.C. CC | C.E. | S.C. | C.D. | P.E. | P.T.

número 98381982 de LA FLORIDA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envie información al teléfono celular No. 3119042913

y/o correo electrónico: yonymbotina71@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ Identificado(a) con _____

No. _____ desde el día _____ del año _____

Cordialmente, YONY MORALES.

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 98381982

Fecha de Solicitud: 17/09/2026

Dirección: MZ H CASA 13 PANORAMICO 2

Tel: 3119042913 Municipio: PASTO

Departamento: NARIÑO

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A..

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de si misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ		PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ	
	SURA	PORVENIR	1750905		NO			NO	

Nivel de Escolaridad	Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐
	Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnica Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado
	Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado _____

Posición Ocupacional: Patrón/Empleador ☐ Contratista ☐ Trabaja por su Cuenta ☐

Inicio Contrato | Fin Contrato

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD. EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 59 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT ☐	C.C. ☐	C.E. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV
			P.A. ☐	T.I. ☐	C.D. ☐		

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Victor Julio Talero Pulido	N0540		CIUDAD Y FECHA


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 98.381.982

MORALES BOTINA

APELLIDOS

YONY FRANCISCO

NOMBRES

FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-1971

LA FLORIDA
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

31-OCT-1990 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2300100-00147481-M-0098381982-20090123 0009608039A 1 6790007687

Medellín, 16 de September 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 COBE CONSTRUCTORES S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CESAR			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C98381982	MORALES BOTINA YONY FRANCISCO	17/09/2026		17115923	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 16/09/2026 13:34:05 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.210.36, 192.230.104.14, 172.16.42.57

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YONY FRANCISCO MORALES BOTINA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.381.982**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

OCUPSALUD SST SAS
Seguridad total e integral en el trabajo

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.474

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO

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

COBE CONSTRUCTORES S.A.S.

Empresa en misión

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

MORALES BOTINA YONY FRANCISCO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	55 AÑOS 2 MESES 11 DÍAS	CC	98381982
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
13/07/1971	3177097868	PRIMARIA	O +	CASADO(A)	71.00	160.00	27.73 - SOBREPESO

Cargo
MAESTRO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD QUE NO LE IMPIDE DESEMPEÑAR SU TRABAJO HABITUAL.

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MÉDICO PERTINENTE	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	CONTROL DE PESO
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS	
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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

Médico



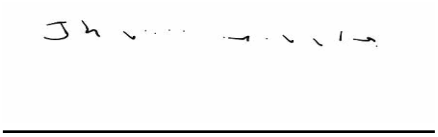
Firma:

Nombre: CC: 13068726 - NESTOR ALIRIO TORO

R. M.: 1840 **L.S.O.:** 2378

Código de Seguridad
X789D1J61474

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORALES BOTINA YONY FRANCISCO

CC: 98381982

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

Nombres y Apellidos: Yany Francisco Morales Botina **Fecha:** 15 de Septiembre 2026

Área: Nuestra Señora de las Lajas **Cargo a desempeñar:** Maestro

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

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

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

Yhoiver Morales

Firma trabajador

Scanned with CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:30:08 AM horas del 19/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **98381982**
Apellidos y Nombres: **MORALES BOTINA YONY FRANCISCO**

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

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

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

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

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

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303240886

PIB
10:31:03

Bogotá DC, 19 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) YONY FRANCISCO MORALES BOTINA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 98381982:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:54:14 horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **98381982,**
Apellidos y Nombres **MORALES BOTINA YONY FRANCISCO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COBE CONSTRUCTORES**, con NIT **901190795-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **98.396.628**

LOPEZ CALVACHE

APELLIDOS

JUAN CARLOS

NOMBRES

JUAN CARLOS LOPEZ

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-ENE-1977**

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78	**B+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

30-MAY-1995 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-2300100-00147181-M-0098396628-20090117 **00095**50453A 1 6820012140

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner

Bogota 21.09.2026

Señores,
COBE CONSTRUCTORES SAS - NI 901190795
Ciudad

Asunto : CERTIFICADO DE RADICACION

Respetados Señores :

Por medio del presente nos permitimos CERTIFICAR el recibido de 1 usuarios enviados para tramite de novedad web radicadas el 2026-09-21 con numero de radicado 8512539 :

Cordialmente,

Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

NUMERO DE RADICADO : 8512539

Ciudad, Bogotá; 21 de septiembre de 2026

Señores

EPS Sanitas

Ciudad

Referencia: Solicitud Radiación Novedades Masivas

Respetados,

Por medio de la presente solicitamos realizar trámite de novedad a cargo del empleador COBE CONSTRUCTORES SAS identificado como NIT – 901190795-9 , para las personas que se detallan a continuación

N	Tipo Doc Empleado	No. Doc Empleado	Nombre Empleado	IBC	Fecha Ingreso Empresa	Fecha Retiro Si Aplica**	Dirección Residencia	Municipio / Departamento	# Celular	Correo electrónico
1	CEDULA	98.396.628	JUAN CARLOS LIPEZ CALVACHE	1750905	17/09/2026		MZ I CASA 9 PANAMERICA NO 2 ETAPA	PASTO	3142374794	JCARLOSLCALVACHE@HOTMAIL.COM
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

** La fecha de retiro aplica solamente para los casos en los cuales aún el usuario se encuentra activo en el sistema bajo el mismo empleador

Cordialmente



CLAUDIA TRUJILLO

COORDINADORA ADMINISTRAVA



Gestión de la Afiliación - Operaciones - EPS Sanitas

ARL

sura

Medellín, 21 de Septiembre de 2026

DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la Administradora de Riesgos Laborales Seguros de Vida Suramericana S.A. como trabajadores de COBE CONSTRUCTORES SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Estado Cobertura
C98396628	LOPEZ CALVACHE JUAN CARLO	17/09/2026		EN COBERTURA

Para información adicional, puede comunicarse con la Línea de atención ARL en el nivel nacional gratuitamente al 01 8000 51 14 14.

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Los trabajadores marcados con la letra R tienen retiro pendiente.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS LOPEZ CALVACHE, identificado(a) con cédula de ciudadanía **98.396.628**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.362

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO

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

COBE CONSTRUCTORES S.A.S.

Empresa en misión

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

LOPEZ CALVACHE JUAN CARLOS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	49 AÑOS 8 MESES 16 DÍAS	CC	98396628
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
05/01/1977	3142374794	PRIMARIA	B +	CASADO(A)	67.00	174.00	22.13 - PESO NORMAL

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
REALIZAR LIMPIEZA ÓTICA	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS	DIETA BALANCEADA
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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

Médico



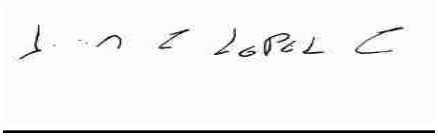
Firma:

Nombre: CC: 13068726 - NESTOR ALIRIO TORO

R. M.: 1840 **L.S.O.:** 2378

Código de Seguridad
V789B1H61362

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LOPEZ CALVACHE JUAN CARLOS

CC: 98396628

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

Nombres y Apellidos: Juan Carlos Lopez Calvache **Fecha:** 15 de septiembre 2026

Área: Nuestra señora de las Lajas **Cargo a desempeñar:** Oficial

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

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

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

Juan C Lopez C

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:25:49 AM horas del 19/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **98396628**
Apellidos y Nombres: **LOPEZ CALVACHE JUAN CARLOS**

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

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

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

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

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

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303240776

PIB
10:27:50

Bogotá DC, 19 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JUAN CARLOS LOPEZ CALVACHE identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 98396628:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 18:42:19 horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **98396628,**
Apellidos y Nombres **LOPEZ CALVACHE JUAN CARLOS**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COBE CONSTRUCTORES**, con NIT **901190795-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.085.306.188**

MORALES DIAZ

APELLIDOS

JOHNNY MAURICIO

NOMBRES



Jhony mauricio morales Diaz

FIRMA

Scanned with CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-JUN-1993**

PASTO
(NARIÑO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

29-JUL-2011 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2300150-01329062-M-1085306188-20221117 **00903**90349A 1 8505522983

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner

Medellín, 16 de September 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 COBE CONSTRUCTORES S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CESAR			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1085306188	MORALES DIAS JOHNNY MAURICIO	17/09/2026		15213324	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 16/09/2026 13:20:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.210.36, 192.230.104.14, 172.16.42.57

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHNNY MAURICIO MORALES DIAZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.306.188**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.357

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS II

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

COBE CONSTRUCTORES S.A.S.

Empresa en misión

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

MORALES DIAZ JOHNNY MAURICIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 3 MESES 1 DÍAS	CC	1085306188
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
21/06/1993	3226288924	SECUNDARIA	O +	UNIÓN LIBRE	64.00	164.00	23.80 - PESO NORMAL

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
VISIOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

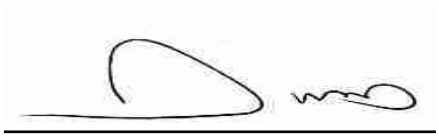
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR	SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE CARDIOVASCULAR	
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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

Médico



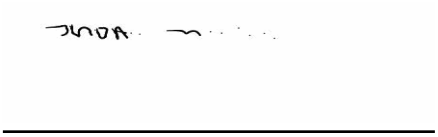
Firma:

Nombre: CC: 37082795 - SANDRA MILENA RUIZ

R. M.: 37082795 **L.S.O.:** 2897-2026

Código de Seguridad
A789G1M61357

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORALES DIAZ JOHNNY MAURICIO

CC: 1085306188

VERTICAL

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Certificado de Capacitacion y Entrenamiento para trabajo en alturas
Trabajo en Alturas Res:4272;2021 Ministerio de Trabajo, Certificacion NTC 6072;2014
Otorgada por BUREAU VERITAS CO23.01049 Acreditado ONAC 09-CPR-008

JOHNNY MAURICIO MORALES DIAZ

IDENTIFICADO CON CEDULA No : 1.085.306.188

PARTICIPO Y APROBO EL CURSO DE TRABAJO EN ALTURAS

NIVEL REENTRENAMIENTO

Intensidad horaria: 8

Inicio 22-09-2026 finalizando 22-09-2026

Firmado en San Juan de Pasto el día: 23-09-2026

Calle 4 # 18 -23 Corregimiento de Obonuco, Pasto – Nariño

EMPRESA: COBE CONSTRUCTORES S.A.S

REPRESENTANTE LEGAL: CRISTHIAN JOSEPH CONDE BENAVIDES

ARL: SURA

ALEJANDRO LOPEZ GUEVARA
REPRESENTANTE LEGAL

JORGE A. LOPEZ GUEVARA
ENTRENADOR LIC SST 2929

Bogotá D.C., septiembre 24 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JOHNNY MAURICIO MORALES DIAZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1085306188, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR S.A.S
ENTRENADOR: JORGE ANDRES LOPEZ GUEVARA
SEDE DONDE SE FORMÓ: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR SAS
EMPLEADOR: COBE CONSTRUCTORES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR DE LA CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 18/09/2026 a 22/09/2026
INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 24 de 2026

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

Nombres y Apellidos: Jhonny Mauricio Morales Diaz **Fecha:** 15 de septhembre de 2026

Área: Nuestra señora de las Lajas **Cargo a desempeñar:** oficial

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

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

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

Jhony Morales.

Firma trabajador

Scanned with CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 10:19:00 AM horas del 19/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1085306188**
Apellidos y Nombres: **MORALES DIAZ JOHNNY MAURICIO**

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

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

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

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

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

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303240495

PIB
10:21:22

Bogotá DC, 19 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOHNNY MAURICIO MORALES DIAZ identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1085306188:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:53:37 horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1085306188,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COBE CONSTRUCTORES**, con NIT **901190795-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.085.249.610**

MORA

APELLIDOS

JOHN FREIDY

NOMBRES



JHOW FREIDY MORA

FIRMA

Scanned with CamScanner



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **09-MAR-1986**

MOCOA
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

02-JUN-2004 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2300100-01265947-M-1085249610-20211113 **00763**96497A 1 8503067630

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Scanned with CamScanner

30492975

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

No.Radicación: 631860

FECHA DE RADICACIÓN: 17 09 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO: N0540

A. AFILIACIÓN

B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES				
PRIMER APELLIDO: MORA	SEGUNDO APELLIDO:	PRIMER NOMBRE: JOHN	SEGUNDO NOMBRE: FREIDY	
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1085249610	11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]	12. SEXO IDENTIFICACIÓN: F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?	
13. NACIONALIDAD: COLOMBIA	14. LUGAR DE NACIMIENTO: COLOMBIA (PAÍS)	PUTUMAYO (DEPARTAMENTO)	MOCOA (MUNICIPIO)	15. FECHA NACIMIENTO: 09 (DÍA) 03 (MES) 1986 (AÑO)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 6	17. COMUNIDAD INDÍGENA:	18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X]	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:	19. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI [ ] NO [X]	20. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL: GRUPO:	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL:	22. ARL: SURA
23. AFP: PORVENIR	24. IBC: $1,750,905.00	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: $0.00	26. RESIDENCIA	DIRECCIÓN: CL 12 B 6 06			
TELÉFONO FIJO:	TELÉFONO CELULAR: 3235332707	CORREO ELECTRÓNICO: jhonmora86@gmail.com		DEPARTAMENTO: NARIÑO			
MUNICIPIO/ DISTRITO: PASTO	LOCALIDAD/COMUNA:	ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]					3P3: 20293

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI / CC / CE / RC / CD / PT	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO: F / M	31. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro Cual?	
32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO		34. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO	

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS / DEPART. / MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO
01								
02								
03								
04								
05								

	Datos complementarios del Beneficiario: 43. PARENTESCO / 44. ETNIA / 45. DISCAPACIDAD	46. TIPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN: SI / NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL / GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI / NO / CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. MIGRANTE RETORNANTE: SI / NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO / MUNICIPIO (DISTRITO)	ZONA: CABECERA MUNICIPAL / CENTRO POBLADO / RURAL DISPERSO / RESTO RURAL
01				I. II.				
02				I. II.				
03				I. II.				
04				I. II.				
05				I. II.				

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. MARCA DE LA OPCIÓN DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A SELECCIONAR POR LA EPS)
01							
02							
03							
04							
05							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante a registrar (a registrar por la EPS)
COBE CONSTRUCTORES S.A.S	X (NIT / CC / CE / SC / PA / CD / PT)	901190795	

59. Ubicación						
DIRECCIÓN: CL 22 17 45	TELÉFONO FIJO O CELULAR: 3061890	CORREO ELECTRÓNICO: cobeconstructores@gmail.com	DEPARTAMENTO: VALLE DEL CAUCA	MUNICIPIO/DISTRITO: TULUA	LOCALIDAD/COMUNA:	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS / RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD: A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO [ ] B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [ ]
15. TRASLADO: A) RÉGIMEN RÉGIMEN [ ] B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI / CC / CE / RC / CD / PT	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO: F / M	63. SEXO IDENTIFICACIÓN: F M T NB Otro Cual?	
64. FECHA NACIMIENTO: DÍA / MES / AÑO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD: 17 09 2026	67. MOTIVO DE TRASLADO Código:	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí. [ ]
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. Anexo asiento de la Entidad. [ ]
72. Declaración de no encontrarse en condición del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran. [ ]
75. Autorización para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. a). Autorizo mi consentimiento expreso para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según le enviaste del Sistema vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: TI / CC / CE / RC / CD / PT	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
JOHN MORA	Claudia Trujillo

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN / MS / RC / TI / CC / CE / SC / PA / CD / AS / PT
Cantidad: [ ] Total: [ ]
83. Copia del dictamen de invalidez 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 las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]
Total Anexos: [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL — Código del Municipio: [ ] Código del departamento: [ ] 93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES							
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre				
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC / CE / RC / CD / PT	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN: DÍA / MES / AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN: DÍA / MES / AÑO			

OBSERVACIONES:

VIGILADO SUPERSALUD

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.

- ORIGINAL: E.P.S. -

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, JOHN FREIDY MORA identificado (a) con R.C. T.I. C.C. C.E. C.C. C.D. P.E. P.T.

número 1085249610 de MOCOA, certifico que:

1	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
2	¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	SÍ☐ No☐
3	¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente?	SÍ☐ No☐
4	¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS?	SÍ☐ No☐
5	¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS?	SÍ☐ No☐

Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. 3235332707

y/o correo electrónico: jhonmora86@gmail.com

SÍ☐ No☐

Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. SÍ☐ No☐

Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes

Evitando impresiones para ser amigable con el planeta SI ☐ NO ☐

Declaración juramentada de convivencia: Declarar que convivo con el(la) señor(a) _____ identificado(a) con _____ No. _____ desde el dia _____ del año _____

Cordialmente, JOHN MORA

Firma: _____

Tipo ID: CC No. ID: 1085249610

Fecha de Solicitud: 17/09/2026

Dirección: CL 12 B 6 06

Tel: 3235332707 Municipio: PASTO

Departamento: NARIÑO

Huella

Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____

Tipo ID: _____ No. ID: _____

Fecha (dd/mm/aaaa): _____

Dirección: _____

Tel: _____ Municipio: _____

Departamento: _____

Huella

Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A. en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service - , correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución.

En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co

Régimen Contributivo:
Línea Gratuita: **01 8000 954400**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7022**

Régimen Subsidiado:
Línea Gratuita: **01 8000 95 2000**
Línea de atención en Bogotá: **(601) 307 7051**

Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
Conmutador: **(601) 419 3000**
Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr (a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la trasferencia, trasmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SMMLV

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA		PRODUCTOR AGROPECUARIO	
	SURA	PORVENIR	1750905	SI		SI	
				NO		NO	

Nivel de Escolaridad									
Ninguno ☐	Secundaria ☐	Normalista ☐	Profesional ☐	Doctorado ☐	Posición Ocupacional	Patrón/Empleador ☐	Contratista ☐	Trabaja por su Cuenta ☐	
Preescolar ☐	Media académica o clásica (bachillerato básico) ☐	Técnico Profesional ☐	Especialización ☐	Último Grado	Inicio Contrato		Fin Contrato		
Básico Primaria ☐	Media técnica (bachillerato básico) ☐	Tecnológica ☐	Maestría ☐	Aprobado					

SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA, RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 806 ART. 57 DE 1998 Y ART. 93 DECRETO 1406 DE 1999.

SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO	Nombre del Tercero	Tipo de Identificación	NIT ☐ P.A. ☐	C.C. ☐ T.I. ☐	C.E. ☐ C.D. ☐	Identificación del Tercero que realiza el Aporte	DV

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA	
Victor Julio Talero Pulido	N0540		CIUDAD Y FECHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.085.249.610

MORA
APELLIDOS

JOHN FREIDY
NOMBRES



FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 09-MAR-1986

MOCOA
(PUTUMAYO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.75
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

02-JUN-2004 PASTO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-2300100-01265947-M-1085249610-20211113 0076396497A 1 8503067630

Medellín, 16 de September 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 COBE CONSTRUCTORES S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL CESAR			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1085249610	MORA JOHN FREIDY	17/09/2026		41204CN2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 16/09/2026 13:15:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.210.36, 192.230.104.14, 172.16.42.57

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHN FREIDY MORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.085.249.610**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.354

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS II

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

COBE CONSTRUCTORES S.A.S.

Empresa en misión

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

MORA JHON FREIDY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 6 MESES 14 DÍAS	CC	1085249610
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
09/03/1986	3217169420	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	63.00	173.00	21.05 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
VISIOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR	SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	DIETA BALANCEADA
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	
	SVE CARDIOVASCULAR	
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

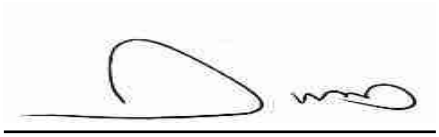
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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

Médico

Firma:



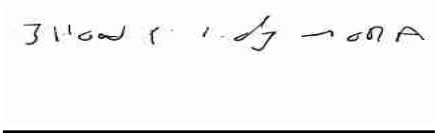
Nombre: CC: 37082795 - SANDRA MILENA RUIZ

R. M.: 37082795 **L.S.O.:** 2897-2026

Código de Seguridad
Z789F1L61354

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: MORA JHON FREIDY

CC: 1085249610

VERTICAL

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

JOHN FREIDY MORA

IDENTIFICADO CON CEDULA No : 1.085.249.610

PARTICIPO Y APROBO EL CURSO DE TRABAJO EN ALTURAS

NIVEL REENTRENAMIENTO

Intensidad horaria: 8

Inicio 22-09-2026 finalizando 22-09-2026

Firmado en San Juan de Pasto el día: 23-09-2026

Calle 4 # 18 -23 Corregimiento de Obonuco, Pasto – Nariño

EMPRESA: COBE CONSTRUCTORES S.A.S

REPRESENTANTE LEGAL: CRISTHIAN JOSEPH CONDE BENAVIDES

ARL: SURA

ALEJANDRO LOPEZ GUEVARA
REPRESENTANTE LEGAL

JORGE A. LOPEZ GUEVARA
ENTRENADOR LIC SST 2929

Certificado de Capacitacion y Entrenamiento para trabajo en alturas
Trabajo en Alturas Res:4272;2021 Ministerio de Trabajo, Certificacion NTC 6072;2014
Otorgada por BUREAU VERITAS CO23.01049 Acreditado ONAC 09-CPR-008

Bogotá D.C., septiembre 24 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JOHN FREIDY MORA , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1085249610, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR S.A.S
ENTRENADOR: JORGE ANDRES LOPEZ GUEVARA
SEDE DONDE SE FORMÓ: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR SAS
EMPLEADOR: COBE CONSTRUCTORES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR DE LA CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 22/09/2026 a 22/09/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 24 de 2026

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

Nombres y Apellidos: John Freidy Mora **Fecha:** 15 de septiembre 2026

Área: Nuestra Señora de las Lajas **Cargo a desempeñar:** Actual

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

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

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

John Freidy Mora

Firma trabajador

Scanned with CamScanner

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 09:52:46 AM horas del 19/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1085249610**
Apellidos y Nombres: **MORA JOHN FREIDY**

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

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

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

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

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

Todos los derechos reservados.

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303239546

PIB
09:54:57

Bogotá DC, 19 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) JOHN FREIDY MORA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1085249610:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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

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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 16:11:25 horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1085249610,** Apellidos y Nombres **MORA JOHN FREIDY**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COBE CONSTRUCTORES**, con NIT **901190795-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

REPÚBLICA DE COLOMBIA

Libertad y Orden

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CONTRASEÑA



REGISTRADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA

REGISTRADURIA REGISTRADURIA REGISTRADURIA REGISTI

DUPLICADO CC
1.004.299.325

APELLIDOS / NOMBRES
ACHICANOY MENESES
HEIDER GUSTAVO

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO
07-ABR-2001
PASTO - NARIÑO

FECHA DE EXPEDICIÓN
06-MAY-2019

SEXO
MASCULINO

LUGAR DE PREPARACIÓN
PASTO - PASTO

OFICINA DE ENTREGA
PASTO - PASTO

- Escanee el código para verificar su autenticidad.
- El titular tendrá un plazo máximo de un (1) año para reclamar el documento a partir de la fecha de producción.

ESTE COMPROBANTE ES VÁLIDO HASTA EL 23-MAR-2027

8520220
23-SEP-

Scanned with CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EMSSANAR S.A.
Formulario No. 10360858355418
Fecha de radicación 21/09/2026

ESSC18

I. DATOS TRÁMITE

Tipo de Trámite	Tipo de afiliación:	Regimen	Contribución Solidaria
A.Afiliación [ ] B.Reporte de Novedades [X]	A.Individual -Cotizante o Cabeza de familia [X] -Beneficiario o afiliado adicional [ ] B.Colectiva [ ] C.Institucional [ ] D.De oficio [ ]	A.Contributivo [X] B.Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [X]

Tipo de afiliado:	Tipo de Cotizante	Código
A.Cotizante [X] B.Cabeza de familia [ ] C.Beneficiario [ ]	A.Dependiente [X] B.Independiente [ ] C.Pensionado [ ]	registrar por la EPS [1]

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
ACHICANOY	MENESES	HEIDER	GUSTAVO

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Biológico	Sexo Identificación
CC	1004299325	Femenino [ ] Masculino [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál:

Nacionalidad	País de nacimiento	Departamento de nacimiento	Municipio de nacimiento	Fecha de nacimiento
COL	COLOMBIA	NARIÑO	PASTO	07/04/2001

III. DATOS COMPLEMENTARIOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

Datos personales

Etnia	Comunidad	Discapacidad	Categoria de discapacidad
06 - Otros		SI [ ] NO [X]	Ninguna

Tiene encuesta SISBEN	Nivel SISBEN	Grupo SISBEN	Grupo de población especial
SI [ ] NO [X]	Afiliación de oficio sin encuesta Sisbén ni población especial		31 - Afiliado de oficio sin encuesta Sisbén ni población especial

Administradora de Riesgos Laborales	Administradora de Pensiones	Ingreso base de cotización IBC	Tarifa contribución solidaria
14-28: ARL Sura	230301: Fondo de Pensiones y Cesantias Porvenir	$ 1.750.905	

Dirección Residencia	Teléfono fijo	Celular	Correo electrónico cotizante
CRA 3 # 3-16		3337461356	HEIDERAMENESES@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona
NARIÑO	PASTO	24 - OBONUCO	Cab Municipal [ ] Centro poblado [ ] Rural disperso [X] Resto rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

NO HAY BENEFICIARIOS EN EL GRUPO FAMILIAR

Selección de la IPS Primaria

No	Nombre de la IPS primaria	Código de la IPS
0	COOPERATIVA DE SERVICIOS INTEGRALES DE SALUD RED MEDICRON IPS - PASTO (NARIÑO) - KR 26 # 9 - 23	02006040400001 Sede: 36

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

Nombre o Razón social	Identificación	Tipo de aportante o pagador de pensiones
COBE CONSTRUCTORES SAS	NI901190795	

Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Departamento
CR 16 ESTE 4 03		cobeconstructores@gmail.com	SAN MARTÍN	CESAR

B. REPORTE DE NOVEDADES

Tipo Novedad

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EMSSANAR S.A.S.
Formulario No. 10360858355418
Fecha de radicación 21/09/2026

ESSC18

- [ ] 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
- [ ] 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.
- [X] 14. Movilidad:
  - [X] 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 de 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 PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Identificación	Sexo biológico	Sexo identificación

Fecha de nacimiento	Fecha	EPS anterior	Motivo del traslado	Caja de compensación familiar o pagador de pensiones
	20/09/2026			

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [X] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
- [X] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
- [X] 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] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
- [X] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficianos o afiliados adicionales
- [X] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte novedades en la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
- [X] 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 ente Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
- [X] Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
Tipo de documento de identidad		**Numero de documento de identidad**	

IX. FIRMAS

El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

X. ANEXOS

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Esta afiliación se encuentra radicada en el sistema de Información de EMSSANAR S.A.S.
Formulario No. 10360858355418
Fecha de radicación 21/09/2026

ESSC18

		CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC		
X	56. Anexo copia de documento de identidad										
	Cantidad:			1	1					Total	2

- [ ] Certificacion de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 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 date unión marital
- [ ] Copia de la orden judicial o decreto administrativo de custodia
- [ ] Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliacion de oficio
- [ ] Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
- [ ] Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
- [ ] 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

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Municipio Entidad Territorial	Departamento Entidad Territorial	No ficha SISBÉN	Puntaje SISBÉN	Nivel SISBÉN	Fecha radicación	Fecha validación

Primer apellido Funcionario	Segundo apellido Funcionario	Primer nombre Funcionario	Segundo nombre Funcionario	Firma del Funcionario

Tipo de documento de identificación	Número de identificación

Observaciones
Observaciones:
Empresa:COBE CONSTRUCTORES SAS, Asesor:COBE CONSTRUCTORES SAS, Sucursal:, Teléfono:, Correo Electrónico:cobeconstructores@gmail.com
Puede verificar la autenticidad de este formulario en la página web de EMSSANAR S.A.S. e ingresando el código:
Url: https://boxalud.emssanareps.co/Publico/BoxaludPublico/Publico/CQR.aspx

Medellín, 19 de September 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 COBE CONSTRUCTORES S.A.S..

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL CESAR		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1004299325	ACHICANOY MENESES HEIDER GUSTAVO	20/09/2026		157o¹241	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

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 19/09/2026 11:24:33 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.53.13.194, 198.143.52.12, 172.16.42.57

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

HEIDER GUSTAVO ACHICANOY MENESES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.004.299.325**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Septiembre del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.460

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO

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

COBE CONSTRUCTORES S.A.S.

Empresa en misión

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

ACHICANOY MENESES HEIDER GUSTAVO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	25 AÑOS 5 MESES 16 DÍAS	CC	1004299325
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
07/04/2001	3337461356	SECUNDARIA	NO SE	SOLTERO(A)	54.00	159.00	21.36 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 13068726 - NESTOR ALIRIO TORO

R. M.: 1840 **L.S.O.:** 2378

Código de Seguridad
G789M1S61460

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ACHICANOY MENESES HEIDER GUSTAVO

CC: 1004299325

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

Nombres y Apellidos: Heider Gustavo Achicanoy Meneses **Fecha:** 18/09/2026

Área: Nuestra Señora de las Lajas **Cargo a desempeñar:** Actual

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

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

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

Heider Gustavo Achicanoy

Firma trabajador

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 03:41:17 PM horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1004299325**
Apellidos y Nombres: **ACHICANOY MENESES HEIDER GUSTAVO**

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

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

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

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

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

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 303621693

PIB
15:45:41

Bogotá DC, 24 de septiembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) HEIDER GUSTAVO ACHICANOY MENESES identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1004299325:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

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

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



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

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

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 15:53:10 horas del 24/09/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1004299325,** Apellidos y Nombres **ACHICANOY MENESES HEIDER GUSTAVO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **COBE CONSTRUCTORES**, con NIT **901190795-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

Medellín, 30 de Septiembre 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 COBE CONSTRUCTORES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CESAR, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C98396628	LOPEZ CALVACHE JUAN CARLOS	17/09/2026		21322520	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1085306188	MORALES DIAS JOHNNY MAURICIO	17/09/2026		15213324	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C98381982	MORALES BOTINA YONY FRANCISCO	17/09/2026		17115923	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1004299325	ACHICANOY MENESES HEIDER GUSTAVO	20/09/2026		157o1241	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1085325096	ROSERO RUANO ANTONY YEFERSON	17/09/2026		22917445	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1091678052	ROJAS SANGUINO JHORMAN DUVAN	15/09/2026		Hj632148	DEPENDIENTE	EN COBERTURA
C1085249610	MORA JOHN FREIDY	17/09/2026		41204CN2	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C667391422627335400

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 30/09/2026 09:50:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.155.210.36, 192.230.104.14, 172.16.42.57

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

Proyecto: Colegio Nuestra Señora de las Lajas **Calificación:** 10/10

Nombre: Marlon Gustavo Conde Benavides	**Cedula ciudadanía:** 5.470.860
Cargo: Director de obra	**Fecha:** 21 de Septiembre 2026

PREGUNTAS

1. **¿Cuál debe ser la actuación del Director de Obra cuando identifica una condición que puede generar un accidente?**

☐ Continuar la actividad mientras otra persona se encarga.

☐ Informar únicamente al trabajador involucrado.

☒ Tomar medidas necesarias, comunicar la situación y gestionar la corrección antes de continuar la actividad.

☐ Ignorarla si no ha ocurrido ningún accidente

2. **¿Cuál de las siguientes actividades puede presentar riesgo de caída de altura en esta obra?**

☐ Trabajo sobre cubiertas.

☐ Trabajo sobre estructura y placas.

☐ Instalación de elementos en altura.

☒ Todas las anteriores.

3. **Antes de permitir la ejecución de una actividad de alto riesgo, se debe verificar:**

☐ Que exista únicamente personal disponible.

☒ Que se hayan identificado los peligros y estén implementados los controles requeridos.

☐ Que la actividad pueda realizarse rápidamente.

☐ Que el trabajador tenga experiencia, sin necesidad de otros controles.

Scanned with CamScanner

4. En una actividad de excavación, una condición insegura debe ser:

☐ Ignorada si la excavación es temporal.

☒ Reportada y controlada antes de continuar.

☐ Corregida únicamente después de terminar la actividad.

☐ Permitida cuando el trabajador tenga experiencia.

5. Frente a trabajos eléctricos, el personal no autorizado debe:

☐ Manipular las instalaciones cuando sea necesario.

☐ Ingresar a cualquier área eléctrica acompañado.

☒ Respetar las restricciones y permitir que las actividades sean ejecutadas por personal competente y autorizado.

☐ Realizar verificaciones por cuenta propia.

6. ¿Qué debe hacer el Director de Obra ante un accidente de trabajo?

☐ Continuar las actividades y reportarlo al final de la jornada.

☒ Informar y activar el procedimiento establecido para la atención y reporte del accidente.

☐ Solicitar al trabajador que se refiere por sus propios medios.

☐ No informar para evitar detener la obra.

7. ¿Cuál es una responsabilidad importante del Director de Obra frente al SG-SST?

☐ Delegar todas las responsabilidades de seguridad exclusivamente al responsable SST.

☒ Velar por que las actividades se ejecutan bajo condiciones seguras y apoyar la implementación de los controles establecidos.

☐ Permitir que cada trabajador determine sus propios controles.

☐ Supervisar únicamente el avance de obra.

Scanned with CamScanner

8. En caso de emergencia, el Director de Obra debe:

☐ Continuar la actividad hasta finalizarla.

☒ Seguir los procedimientos establecidos, coordinar las acciones que correspondan y atender las instrucciones de emergencia.

☐ Permitir que cada trabajador actúe por su cuenta.

☐ Desplazarse únicamente a buscar información.

9. Si una actividad requiere elementos de protección personal, estos deben utilizarse:

☐ Solamente cuando esté presente el responsable SST.

☒ De acuerdo con el peligro identificado y los controles establecidos.

☐ Únicamente cuando el trabajador considere que son necesarios.

☐ Solamente durante las inspecciones.

10. ¿Por qué es importante controlar el acceso a las áreas de trabajo de la obra?

☐ Para evitar retrasos administrativos.

☒ Para impedir el ingreso de personas a zonas con peligros para los cuales no cuentan con autorización, información o protecciones adecuada.

☐ Para controlar únicamente a los visitantes.

☐ No es necesario controlar el acceso.

Firma del evaluado: _____

Firma responsable SST: _____

Scanned with CamScanner

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

Proyecto: Colegio Nuestra Señora de las Lajas **Calificación:** 10/10

Nombre: Jhorman Duvan Rojas Sanguino	**Cedula ciudadanía:** 1.091.678.052
Cargo: Residente de obra	**Fecha:** 15 de Septiembre

PREGUNTAS

1. **¿Qué debe hacer el residente cuando identifica una condición insegura durante una actividad?**

☐ Permitir que la actividad continúe.

☒ Reportar y gestionar la corrección de la condición antes de continuar cuando represente un riesgo.

☐ Esperar hasta la siguiente inspección.

☐ Informar únicamente al trabajador al finalizar la jornada.

2. **En trabajos de demolición, uno de los principales peligros que debe controlarse es**:

☐ Caída de elementos o materiales.

☐ Colapso de estructuras.

☐ Proyección de partículas y generación de polvo.

☑ Todas las anteriores.

3. **Antes de iniciar una excavación de deben considerar, entre otros aspectos:**

☑ Las condiciones del terreno y los controles requeridos para evitar accidentes.

☐ Únicamente la profundidad.

☐ Únicamente la disponibilidad de maquinaria.

☐ Ningún aspecto adicional.

4. **Cuando una actividad implique trabajo en alturas, el residente debe verificar:**

Scanned with CamScanner

☐ Que el trabajador tenga únicamente casco.

☒ Que se cumplan las medidas de prevención y protección contra caídas establecidas para la actividad.

☐ Que el trabajo sea realizado rápidamente.

☐ Que exista únicamente una escalera disponible.

5. En una zona donde se ejecutan trabajos eléctricos, el residente debe:

☐ Permitir el ingreso de cualquier trabajador.

☒ Verificar que se respeten las restricciones que las actividades eléctricas sean ejecutadas por personal competente y autorizado.

☐ Permitir que los trabajadores realicen conexiones sencillas.

☐ Retirar la señalización para facilitar el acceso.

6. ¿Qué debe hacerse cuando se presenta una emergencia en el área de trabajo?

☐ Continuar las actividades normalmente.

☒ Aplicar los procedimientos establecidos y seguir las instrucciones de evacuación y atención de emergencias.

☐ Esperar a que cada trabajador decida qué hacer.

☐ Abandonar la obra sin informar.

7. El uso de EPP en la obra debe definirse de acuerdo con:

☐ El gusto del trabajador.

☒ El peligro, la actividad y los controles establecidos.

☐ La disponibilidad del trabajador.

☐ El tiempo que dure la actividad.

Scanned with CamScanner

8. Si un trabajador no cuenta con las condiciones requeridas para ejecutar una actividad de alto riesgo, el residente debe:

☐ Permitirle trabajar con precaución.

☒ Gestionar las condiciones y controles requeridos antes de iniciar la actividad.

☐ Pedirle que trabaje más rápido.

☐ Permitir que otro trabajador lo supervise.

9. ¿Por qué es importante mantener señalizadas y delimitadas las áreas de trabajo?

☐ Para mejorar únicamente la apariencia de la obra.

☒ Para controlar el acceso y advertir sobre los peligros existentes.

☐ Para evitar que ingresen únicamente visitantes.

☐ No tiene relación con la seguridad.

10. Ante un accidente de trabajo, el residente debe:

☐ Ocultarlo para evitar retrasos.

☒ Informar inmediatamente y activar el procedimiento establecido para la atención y reporte.

☐ Esperar al cierre de la jornada.

☐ Solicitar al trabajador que continúe trabajando.

Firma del evaluado: _____

Firma responsable SST: _____

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

Proyecto: Colegio Nuestra Señora de las Lajas **Calificación:** 10|10

Nombre: Daniela Rocio Delgado Chaparpued	**Cedula ciudadanía:** 1.085.279.002
Cargo: Profesional Social	**Fecha:** 15 de septiembre 2026

PREGUNTAS

1. **Cuando ingrese a las áreas operativas de la obra, debe:**

☐ Circular libremente por cualquier zona.

☒ Permanecer en las áreas autorizadas y cumplir las instrucciones de seguridad.

☐ Ingresar a las zonas restringidas acompañado.

☐ Manipular herramientas si las necesita.

2. **¿Puede ingresar a una zona de demolición sin autorización?**

☐ Sí.

☒ No.

☐ Solo si permanece pocos minutos.

☐ Sí, cuando no haya trabajadores.

3. **Si encuentra una condición insegura, debe:**

☐ Ignorarla.

☒ Reportarla al responsable correspondiente.

☐ Intentar corregirla sin autorización.

☐ Continuar caminando.

4. **Al ingresar a una zona operativa, los elementos de protección personal deben utilizarse:**

☒ Cuando sean requeridos según las condiciones y peligros del área.

☐ Solo durante las inspecciones.

Scanned with CamScanner

☐ Únicamente cuando haya maquinaria.

☐ Nunca son necesarios.

5. ¿Puede manipular herramientas, equipos o instalaciones eléctricas de la obra?

☐ Sí, cuando sean fáciles de utilizar.

☐ Sí, si un trabajador está presente.

☒ No, salvo que corresponda a una actividad autorizada y para la cual tenga competencia.

☐ Sí, cuando sea necesario.

6. Si observa maquinaria o vehículos en movimiento, debe:

☐ Pasar rápidamente por delante.

☒ Mantenerse alejado y respetar las zonas de circulación y seguridad.

☐ Acercarse para verificar qué están haciendo.

☐ Caminar detrás de la maquinaria.

7. En caso de emergencia, debe:

☒ Seguir las instrucciones establecidas y dirigirse por la ruta de evacuación, al punto de encuentro.

☐ Permanecer en su puesto de trabajo.

☐ Regresar a recoger sus pertenencias.

☐ Buscar por cuenta propia una salida no señalizada.

8. ¿Por qué existen áreas restringidas dentro de la obra?

☒ Para impedir el ingreso de personas a zonas donde existen peligros o actividades controladas.

☐ Para evitar únicamente visitas.

Scanned with CamScanner

☐ Para facilitar el trabajo administrativo.

☐ No tienen una finalidad de seguridad.

9. ¿Qué debe hacer si necesita ingresar a una zona de trabajo para realizar una actividad relacionada con su cargo?

☐ Ingresar directamente.

☒ Solicitar autorización y cumplir las condiciones de seguridad establecidas para el área.

☐ Entrar acompañado de cualquier persona.

☐ Esperar que no haya trabajadores.

10. Si ocurre un accidente o incidente, debe:

☐ No informar si la lesión parece leve.

☒ Informarlo inmediatamente al responsable correspondiente.

☐ Informarlo únicamente al finalizar la jornada.

☐ Continuar la actividad normalmente.

Firma del evaluado: Daniela Rodo Delgado .

Firma responsable SST: 

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

Proyecto: Colegio Nuestra Señora de las Lajas **Calificación:** 10/10

Nombre: Juan Daniel Guerrero Delgado	**Cedula ciudadanía:** 1.004.234.241
Cargo: Auxiliar Administrativo	**Fecha:** 17 de Septiembre 2026

PREGUNTAS

1. **Si debe ingresar a un área operativa de la obra, debe:**

☐ Ingresar sin autorización.

☒ Cumplir con las instrucciones de seguridad y utilizar los EPP requeridos para el área.

☐ Ingresar únicamente con ropa de oficina.

☐ Circular por cualquier zona.

2. **¿Puede ingresar a una excavación, zona de demolición o área de trabajo en alturas sin autorización?**

☐ Sí.

☒ No.

☐ Sí, si permanece poco tiempo.

☐ Sí, cuando no haya maquinaria.

3. **Si observa una condición insegura, debe:**

☐ Ignorarla.

☒ Reportarla al responsable correspondiente.

☐ Intentar solucionarla sin autorización.

☐ Esperar a que otra persona lo encuentre.

4. **¿Puede manipular herramientas, equipos o instalaciones eléctricas de la obra?**

☐ Sí, si conoce su funcionamiento.

Scanned with CamScanner

☒ No, salvo que corresponda a una actividad autorizada y tenga la competencia requerida.

☐ Sí, cuando el equipo esté apagado.

☐ Sí, si es una actividad sencilla.

5. Durante una emergencia, debe:

☒ Seguir las instrucciones de evacuación y dirigirse al punto de encuentro establecido.

☐ Regresar por sus pertenencias.

☐ Permanecer en la oficina.

☐ Esperar instrucciones de personas externas.

6. ¿Por qué se deben respetar las áreas delimitadas y señalizadas?

☒ Porque indican zonas de trabajo, circulación, peligro o acceso restringido.

☐ Solo para mantener la obra organizada.

☐ Para evitar visitas.

☐ No tiene importancia.

7. Si necesita desplazarse por una zona donde se realizan trabajos de construcción, debe:

☐ Caminar por el área que considere más corta.

☒ Utilizar las rutas autorizadas y atender la señalización.

☐ Pasar por debajo de materiales suspendidos.

☐ Caminar cerca de la maquinaria.

8. Los elementos de protección personal para ingresar a áreas operativas deben:

☑ Utilizarse de acuerdo con los peligros y requisitos del área.

Scanned with CamScanner

☐ Utilizarse únicamente durante inspecciones.

☐ Ser opcionales.

☐ Utilizarse únicamente cuando haya una emergencia.

9. Si ocurre un accidente de trabajo, incidente o situación de emergencia, debe:

☒ Informar inmediatamente al responsable correspondiente.

☐ Esperar hasta el final de la jornada.

☐ No informar si considera que no es grave.

☐ Resolverlo por cuenta propia.

10. ¿Cuál de las siguientes acciones está prohibida dentro de las áreas de obra?

☐ Respetar la señalización.

☐ Permanecer en las áreas autorizadas.

☒ Ingresar a zonas restringidas sin autorización.

☐ Reportar condiciones inseguras.

Firma del evaluado: _____

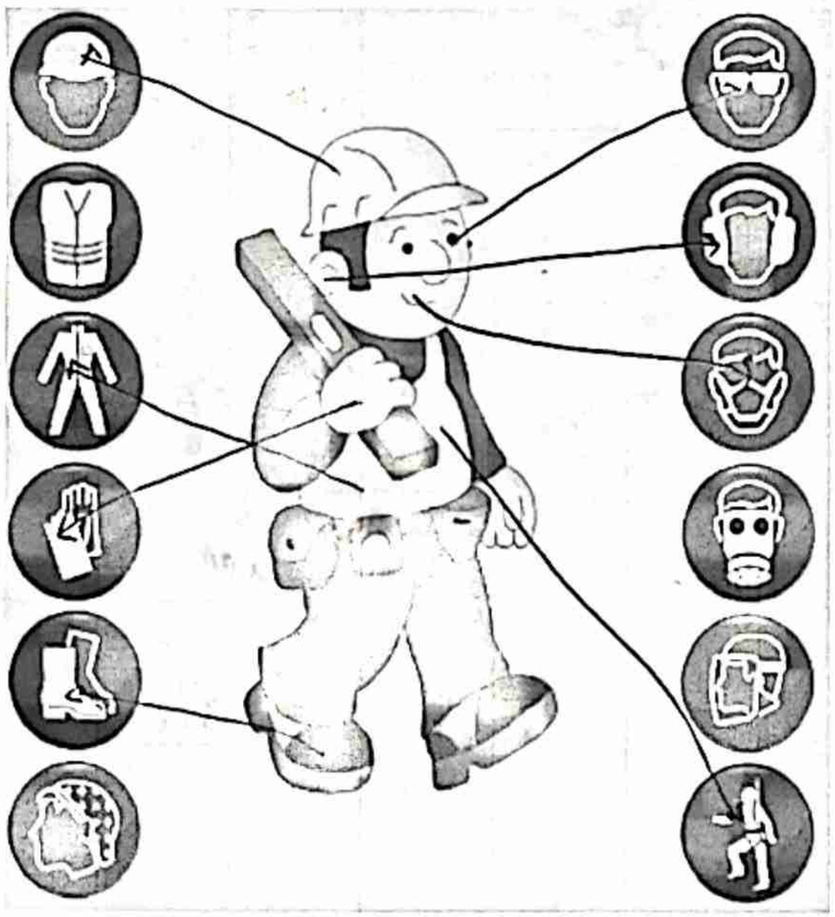
Firma responsable SST: _____

Scanned with CamScanner

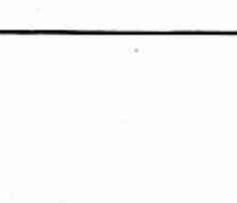
CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
	EVALUACIÓN INDUCCIÓN O REINDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Nombre: Juan Carlos Lopez calvache	**Cedula:** 98.396.628
Fecha: 15 de Septiembre de 2026	**Cargo:** Raz oficial

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



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

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

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

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

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

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

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

8. Identifique y escriba cuales son los actos y condiciones inseguras:



acto



acto



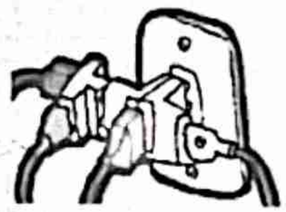
acto



acto



condición



acto

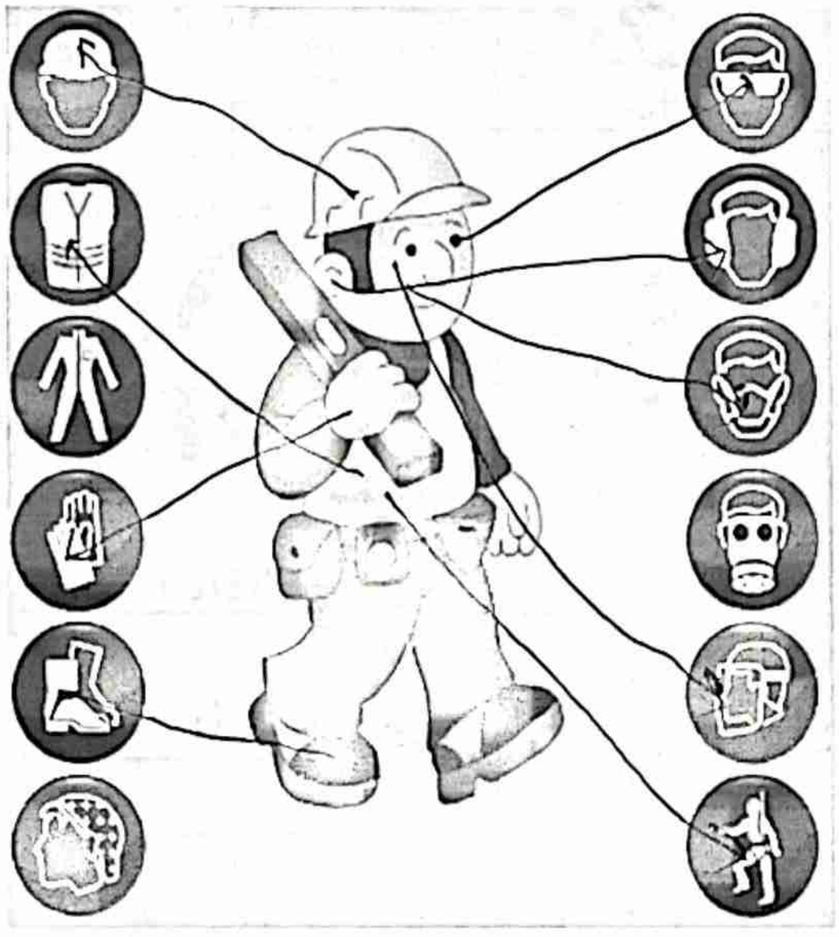
CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 8/8

Juan C Lopez C
FIRMA TRABAJADOR
C.C: 94396628

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

Nombre: Yairy Francisco Morales Botina	**Cedula:** 98.381.982
Fecha: 15 de Septiembre de 2026	**Cargo:** Maestro

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



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



Trabajar en alturas sin permiso por escrito



Asistir a las capacitaciones de salud ocupacional



Informarle al jefe inmediato los accidentes de trabajo



Señalizar el área de trabajo



consumir licor o sustancias alucinógenas



Acatar los lineamientos del plan de emergencias



Pelearse o reñirse con compañeros



No usar los EPP necesarios para las actividades



Reportar condiciones de inseguridad a los jefes inmediatos

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

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

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

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

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

8. Identifique y escriba cuales son los actos y condiciones inseguras:



acto



acto



acto



acto



condición



acto

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 8/8

Shonyi Moraies

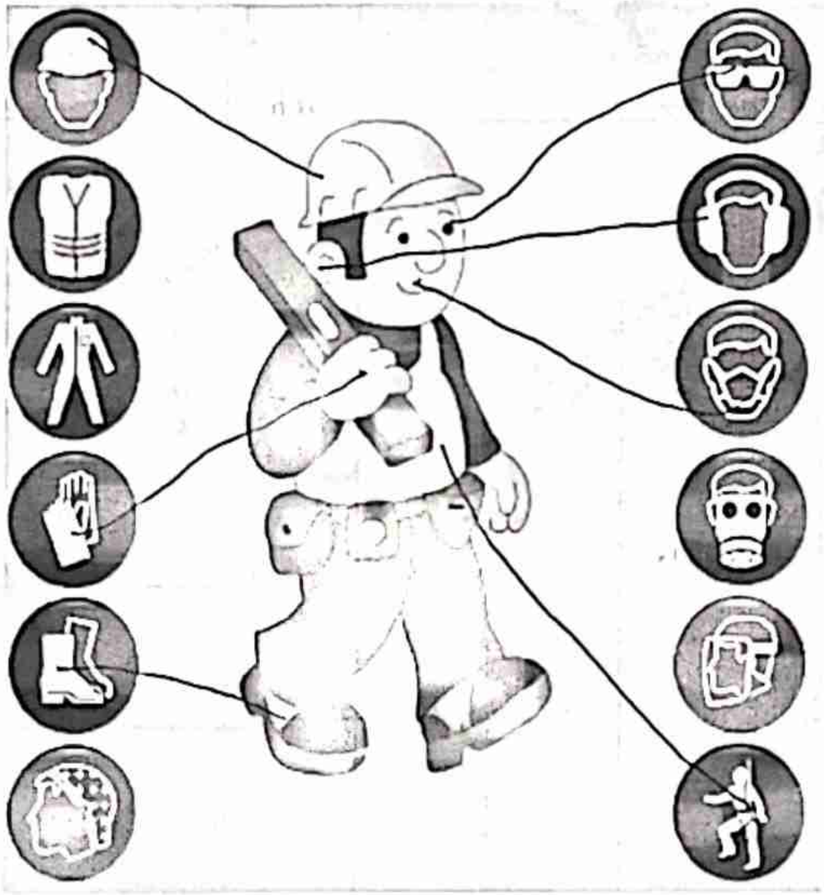
FIRMA TRABAJADOR

C.C:

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

Nombre: Johnny Mauricio Morales Diaz	**Cedula:** 1.085.306.188
Fecha: 15 de septiembre 2026	**Cargo:** Oficial

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



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



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

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

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

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

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

8. Identifique y escriba cuales son los actos y condiciones inseguras:



acto



acto



acto



acto



condicion



acto

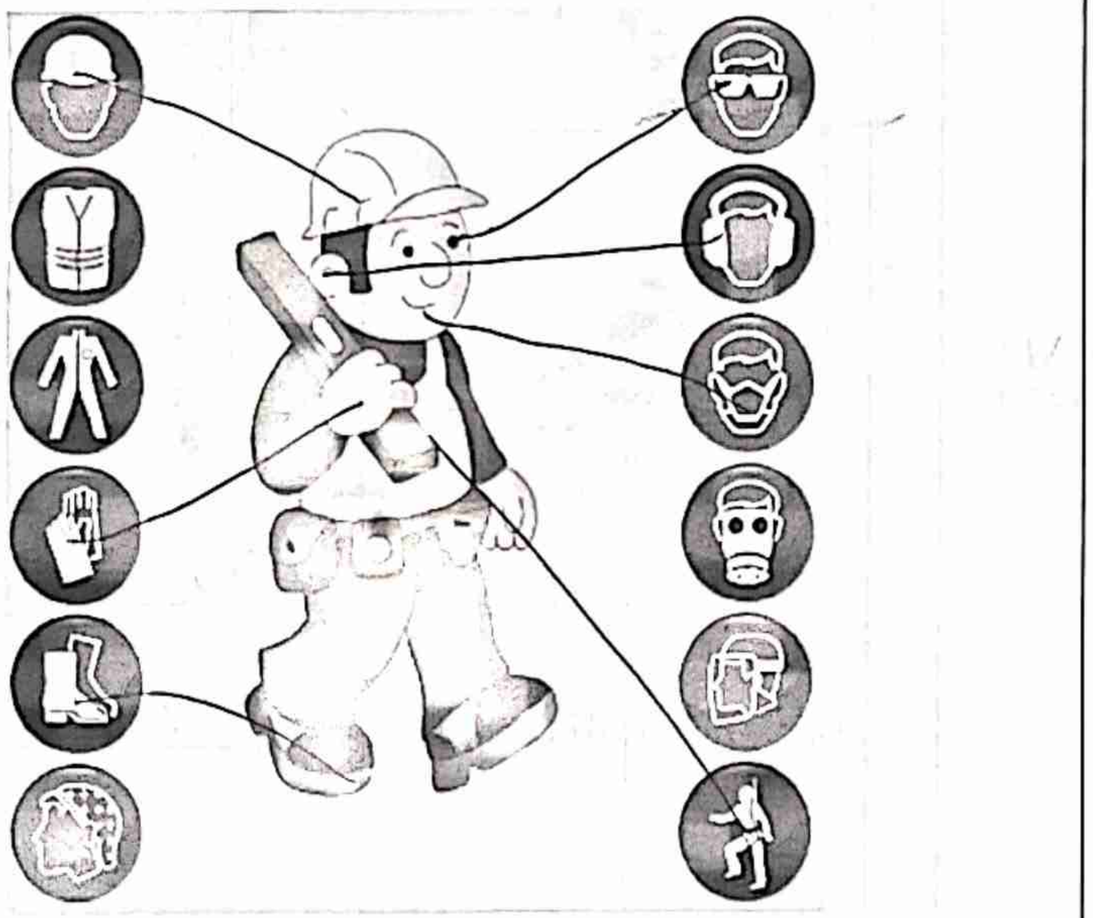
CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 8/8

Jhony Morales
FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1.085.306.188

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

Nombre: John Freidy Mora	**Cedula:** 1.095.249.610
Fecha: 15 de Septiembre de 2026	**Cargo:** Auxiliar

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



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



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

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

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

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

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

8. Identifique y escriba cuales son los actos y condiciones inseguras:



acto



acto



acto



acto



condición



acto

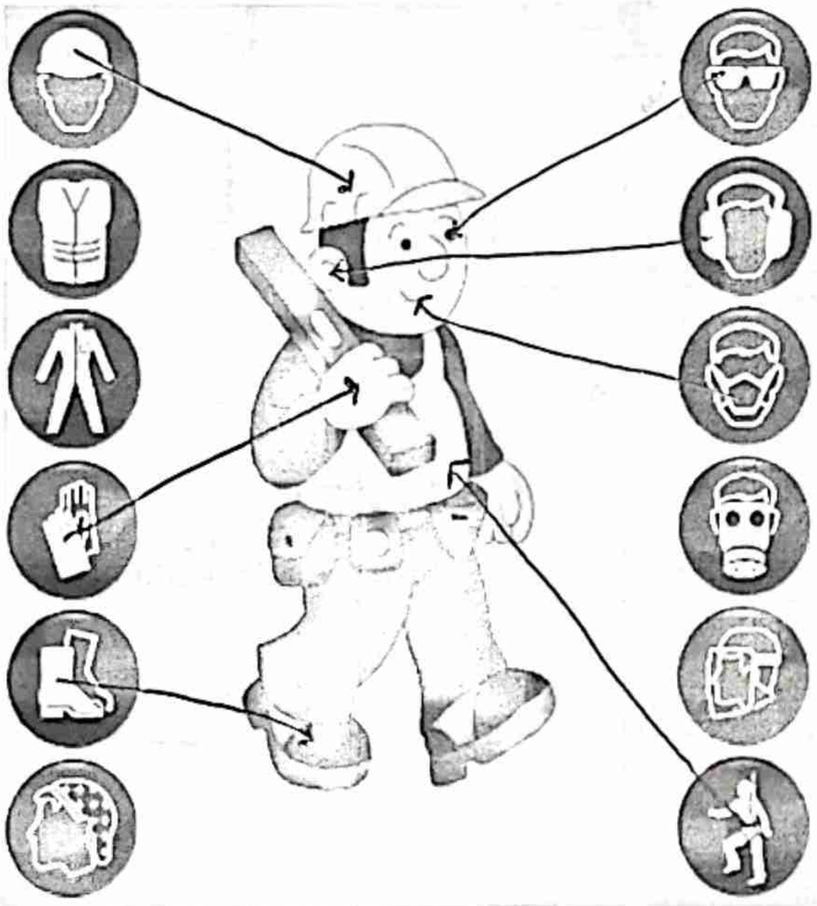
CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 8/8

Shirley prada ucrós
FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1085.249.610

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

Nombre: Heider Gustavo Achicanoy Meneses	**Cedula:** 1.004.299.325
Fecha: 18 de septiembre 2026	**Cargo:** Auxiliar

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



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

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

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

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

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

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

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

8. Identifique y escriba cuales son los actos y condiciones inseguras:



Acto



Acto



Acto



Acto



Condición



Acto

CALIFICACIÓN EVALUACIÓN 8/8

Gustavo Arcicano4
FIRMA TRABAJADOR
C.C: 1004 299 325

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Nuestra Señora de las Lajas					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Inducción en seguridad y salud en el Trabajo					
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD		CAPACITACIÓN	y	SOCIALIZACIÓN
CAPACITADOR:	Paula Sanchez			DURACIÒN:	1 hora	
FECHA:	21 de septiembre 2026		LUGAR:	Bloque		

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Juan C Lopez C	9037628	Juan C Lopez C
2.	Jhon freddy Mora	1085.249.610	Jhon freddy Mora
3.	Hader Gustavo Achicanoy	1004.299326	Gustavo Achicanoy
4.	Jhony mauricio Morales Pipi	1.083 306.188	Jhony Morales
5.	Jhony Morales	98.391982	Jhony Morales

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Nuestra señora de las lajas					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Procedimiento Trabajo seguro en alturas					
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	X	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN
CAPACITADOR:	Paula Sanchez			DURACIÓN:	10 min	
FECHA:	23 de September 2026	LUGAR:	Bloque 5			

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Jhony mauricio morales DIAZ	1.085306.188	Jhony Morales
2.	Yhoel Fraicly Ward	1085.249.610	Yhoel Ward

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Nuestra Señora de las Lajas					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Riesgo Locativo					
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	X	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN
CAPACITADOR:	Paula Sanchez			DURACIÓN:	5 min	
FECHA:	24 de Septiembre 2026		LUGAR:	Bloque 5		

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Luis Carlos Lopez C	9737628	Luis Carlos Lopez C
2.	Jhon freddy Morales	1085.244.610	Jhon freddy Morales
3.	Heider Gustavo Achicanoy	1004 294 325	Gustavo Achicanoy
4.	Jhon Mauricio Morales Diaz	1.085.306.188	Jhon morales.
5.	Shonny Morales	98.381982.	Shonny Morales

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Nuestra Señora de las Lajas						
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Importancia del seguimiento de los examenes medicos						
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	X	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN	
CAPACITADOR:	Paula Sanchez			DURACIÓN:	5 min		
FECHA:	25 de septiembre 2026		LUGAR:	Bloque 5.			

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Heiber Gustavo Achicanoy	1004299325	Gustavo Achicanoy
2.	Jhon Lopez C.	98396628	Jhon Lopez C.
3.	Shayli Morales	98381982.	Shayli Morales.

OBSERVACIONES

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT	ASISTENCIA A CAPACITACIONES DEL PERSONAL

PROYECTO:	Nuesta señora de las lajas					
TEMAS DE LA CAPACITACIÓN	Resolución 4272 de 2021 - Aspectos generales					
TIPO DE ACTIVIDAD		CHARLA DE SEGURIDAD	x	CAPACITACIÓN		SOCIALIZACIÓN
CAPACITADOR:	Paula sanchez			DURACIÓN:	15 minutos	
FECHA:	26 de septiembre 2026		LUGAR:	Bloque 5		

No.	NOMBRE Y APELLIDOS	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA
1.	Jhony Mauricio Morales Diaz	1.085.306.188	Jhony Morales.
2.	Jhon [illegible]	1085.249.610	Jhon [illegible]
3.	Jhonny Morales	98.381.982	Jhonny Morales
4.	Heiber Gustavo Achicanoy	1004 299 326	Gustavo Achicanoy
5.	Luis E Lopez C	87376.28	Luis E Lopez C

OCUPSALUD SST SAS
Seguridad total e integral en el trabajo

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.474

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO

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

COBE CONSTRUCTORES S.A.S.

Empresa en misión

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

MORALES BOTINA YONY FRANCISCO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	55 AÑOS 2 MESES 11 DÍAS	CC	98381982
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
13/07/1971	3177097868	PRIMARIA	O +	CASADO(A)	71.00	160.00	27.73 - SOBREPESO

Cargo
MAESTRO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PRESENTA ALTERACIÓN EN SU ESTADO DE SALUD QUE NO LE IMPIDE DESEMPEÑAR SU TRABAJO HABITUAL.

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL AMBULATORIO DE TENSIÓN ARTERIAL Y SEGUIMIENTO MÉDICO PERTINENTE	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	CONTROL DE PESO
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS	
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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

Médico



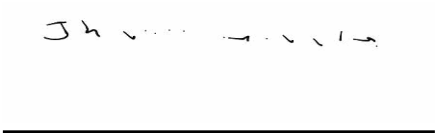
Firma:

Nombre: CC: 13068726 - NESTOR ALIRIO TORO

R. M.: 1840 **L.S.O.:** 2378

Código de Seguridad
X789D1J61474

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORALES BOTINA YONY FRANCISCO

CC: 98381982

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.362

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO

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

COBE CONSTRUCTORES S.A.S.

Empresa en misión

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

LOPEZ CALVACHE JUAN CARLOS	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	49 AÑOS 8 MESES 16 DÍAS	CC	98396628
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
05/01/1977	3142374794	PRIMARIA	B +	CASADO(A)	67.00	174.00	22.13 - PESO NORMAL

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
REALIZAR LIMPIEZA ÓTICA	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS	DIETA BALANCEADA
	SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN	
	USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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

Médico



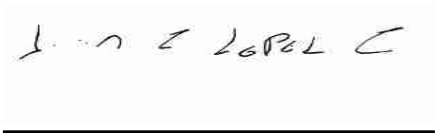
Firma:

Nombre: CC: 13068726 - NESTOR ALIRIO TORO

R. M.: 1840 **L.S.O.:** 2378

Código de Seguridad
V789B1H61362

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: LOPEZ CALVACHE JUAN CARLOS

CC: 98396628

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.357

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS II

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

COBE CONSTRUCTORES S.A.S.

Empresa en misión

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

MORALES DIAZ JOHNNY MAURICIO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	33 AÑOS 3 MESES 1 DÍAS	CC	1085306188
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
21/06/1993	3226288924	SECUNDARIA	O +	UNIÓN LIBRE	64.00	164.00	23.80 - PESO NORMAL

Cargo
OFICIAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
VISIOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

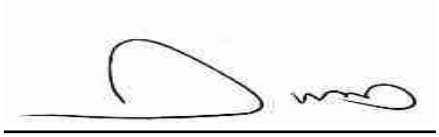
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR	SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA
	SVE CARDIOVASCULAR	
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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

Médico



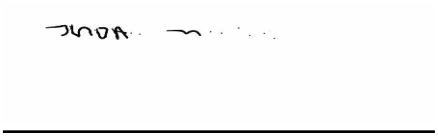
Firma:

Nombre: CC: 37082795 - SANDRA MILENA RUIZ

R. M.: 37082795 **L.S.O.:** 2897-2026

Código de Seguridad
A789G1M61357

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: MORALES DIAZ JOHNNY MAURICIO

CC: 1085306188

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.354

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
22 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS II

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

COBE CONSTRUCTORES S.A.S.

Empresa en misión

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

MORA JHON FREIDY	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	40 AÑOS 6 MESES 14 DÍAS	CC	1085249610
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
09/03/1986	3217169420	SECUNDARIA	O +	SOLTERO(A)	63.00	173.00	21.05 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	GLICEMIA	✓
AUDIOMETRÍA	✓	PERFIL LIPÍDICO COMPLETO (INCLUYE HDL-LDL-VLDL)	✓
VISIOMETRÍA	✓	ANEXO ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA	HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA
	SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR	SE DA CONSEJERÍA PARA DISMINUCIÓN DE PESO CON MEJORÍA EN HÁBITOS DE VIDA Y SEGUIMIENTO POR MEDICO Y NUTRICIONISTA
	SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS	DIETA BALANCEADA
	SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL	
	SVE CARDIOVASCULAR	
	USO DE EPP	
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	CAPACITACIÓN	

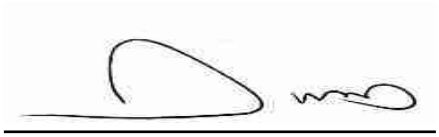
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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

Médico

Firma:



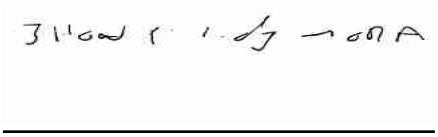
Nombre: CC: 37082795 - SANDRA MILENA RUIZ

R. M.: 37082795 **L.S.O.:** 2897-2026

Código de Seguridad
Z789F1L61354

Aspirante o Trabajador

Firma:



Nombre: MORA JHON FREIDY

CC: 1085249610

IPS OCUPSALUD SST SAS BIC
NIT. 901390540-6
Dir: Calle 20 No 33ª-08 - Barrio Versalles
Cel: 314 611 2620 – 301 359 9187- 304 442 2666
Correo: ocupsaludpasto@gmail.com
Pasto – Nariño, Colombia



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 61.460

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
23 DÍA	09 MES	2026 AÑO	PASTO (NARIÑO, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL PRE - INGRESO

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

COBE CONSTRUCTORES S.A.S.

Empresa en misión

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

ACHICANOY MENESES HEIDER GUSTAVO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	25 AÑOS 5 MESES 16 DÍAS	CC	1004299325
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Fecha de Nacimiento	Celular	Escolaridad	Hemoclasificación	Estado Cívil	Peso (Kg)	Talla (cm)	IMC
07/04/2001	3337461356	SECUNDARIA	NO SE	SOLTERO(A)	54.00	159.00	21.36 - PESO NORMAL

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	ANEXO EXAMEN OSTEOMUSCULAR ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA HACER USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR PARA LA EJECUCIÓN DE SUS TAREAS SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN USO DE PROTECCIÓN AUDITIVA DE ACUERDO A EXPOSICIÓN DE RIESGO	SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- MANTENER LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN PERMANENTES DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS PROPIOS DE LA OCUPACIÓN.
- VERIFICAR DE MANERA SISTEMÁTICA EL USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL REQUERIDOS PARA LA REALIZACIÓN SEGURA DE LAS TAREAS PROPIAS DE LA OCUPACIÓN.
- REALIZAR ENTRENAMIENTOS PERIÓDICOS SOBRE EL ADECUADO USO DE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL QUE LA EMPRESA LE SUMINISTRA AL TRABAJADOR PARA EL DESEMPEÑO SEGURO DE SU TRABAJO.
- PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

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

Médico



Firma:

Nombre: CC: 13068726 - NESTOR ALIRIO TORO

R. M.: 1840 **L.S.O.:** 2378

Código de Seguridad
G789M1S61460

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: ACHICANOY MENESES HEIDER GUSTAVO

CC: 1004299325

MATRIZ IDENTIFICACIÓN DE PELIGROS Y VALORACIÓN DE RIESGOS

PROCESO	ZONA/LUGAR	ACTIVIDAD	TAREA	RUTINARIO (SI o NO)	PELIGRO		EFECTOS POSIBLES (DESCRIPCION DE NIVELES DE DAÑO)	CONTROLES EXISTENTES			EVALUACION DEL RIESGO							VALORACION DEL RIESGO		CRITERIOS PARA ESTABLECER CONTROLES		MEDIDAS DE INTERVENCION				
					CLASIFICACION	DESCRIPCION		FUENTE	MEDIO	INDIVIDUO	NIVEL DE DEFICIENCIA (ND)	NIVEL DE EXPOSICION (NE)	NIVEL DE PROBABILIDAD (NP=ND*NE)	INTERPRETACION DEL NIVEL DE PROBABILIDAD (NP)	NIVEL CONSECUENCIA (NC)	NIVEL DE RIESGO E INTERVENCION (NR=NP*NC)	INTERPRETACION DEL NIVEL DE RIESGO (NR)	ACEPTABILIDAD DEL RIESGO	SIGNIFICADO DEL NIVEL DEL RIESGO	PEOR CONSECUENCIA	EXISTENCIA REQUISITO LEGAL ASOCIADO (SI o NO)	ELIMINACION	SUSTITUCION	CONTROLES DE INGENIERIA	CONTROLES ADMINISTRATIVOS, SEÑALIZACION, ADVERTENCIA	EQUIPOS/ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL
		Permanencia dentro de la institucion educativa	Ejecucion de actividades dentro de la institucion	SI	Condiciones de seguridad	Publico (Robos, atracos, asaltos, atentados, desorden publico)	Robos, atracos, asaltos, atentados, secuestro, desorden publico	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Robos, atracos, asaltos, atentados, secuesto, desorden publico	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Garantizar una adecuada iluminacion en el perimetro **2.** Utilizar señalizacion informativa	Prendas reflectivas
				SI	Fenomenos naturales	Sismo, vendaval, inundacion, derumbe, precipitaciones (lluvias, granizadas)	Lesiones, heridas, fracturas, caidas, derumbe de estructura	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	1	2	Bajo	25	50	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Daños a la estructura, lesiones, fracturas, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** En caso de sismo dirigirse al punto de encuentro mas cercano **2.** Capacitacion al personal brigadista **3.** Implementacion plan de prevencion y atencion a emergencias	Identificar a cada brigadista con el brazalete, cada brigadista disponer de un pito para aviso en caso de emergencia.
		Ingreso al area de trabajo	Via de acceso al area de trabajo (escaleras en concreto)	SI	Condiciones de seguridad	Locativo; superficies (irregulares, deslizantes con diferencia de nivel)	Caidas a mismo nivel, lesiones musculares en miembros superiores e inferiores, esguince, distencion de tobillo o rodilla	Pasamanos, cinta antideslizante en cada escalon	NINGUNO	NINGUNO	2	1	2	Bajo	10	20	IV	Aceptable	Mantener las medidas de control existentes, pero se deberian considerar soluciones o mejoras y se deben hacer comprobaciones periodicas para asegurar que el riesgo aun es aceptable	Facturas en miembros superiores e inferiores	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar que las escaleras no tenga derrame de liquidos que puedan ocasionar caidas. **2.** Iluminacion artificial.	Uso de botas antideslizantes
			Via de acceso al area de trabajo (andamio)	SI	Condiciones de seguridad	Locativo; superficies (irregulares, deslizantes con diferencia de nivel)	Caidas a mismo nivel, lesiones musculares en miembros superiores e inferiores, esguince, distencion de tobillo o rodilla	Encerramiento y asegurado entre sesion a sesion	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Facturas en miembros superiores e inferiores	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Capacitar al trabajador sobre el riesgo locativo. **2.** Realizar inspecciones de andamio. **3.** Señalizacion informativa y preventiva	Uso de casco de seguridad con barbuquejo, botas de seguridad
				SI		Trabajo en Alturas	Caidas a distinto o mismo nivel, golpes por caida de objetos, derrumbe de la estructura	Encerramiento y aseguramiento a la estructura; escaleras en cada sesion para su debido ingreso	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Facturas en miembros superiores e inferiores	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Capacitar al trabajador sobre trabajo seguro en alturas. **2.** Cumplir con la normatividad vigente. **3.** Realizar inspecciones de andamio. **4.** Señalizacion informativa y preventiva.	Uso de casco de seguridad, botas de seguridad
		Cubiertas y cielo raso	Desmonte e instalacion de cubierta y cielo raso	SI	Fisico	Ruido (impacto, intermitente y continuo)	Irritabilidad, dificultad para concentrarse, estrés, fatiga, trastornos de sueño	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Perdida de audicion permanente, sordera, trastornos psicologicos	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Reducir el tiempo de exposicion, tomar descansos regulares en un ambiente silencioso **2.** Realizar capacitacionn acerca del riesgo y emitir medidas de prevencion	Utilizar proteccion auditiva de insercion o copa
				SI	Biomecanico	Postura (prolongada mantenida, forzada antigravitacional)	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Dolor de espalda mas intenso y persistente, limitacion de movilidad, inflamacion de tendones, compresion de nervios, contracturas musculares	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Evitar posturas forzadas y mantener la espalda recta al levantar objetos **2.** Tomar pausas periodicas para estirar los musculos y evitar la fatiga **3.** Doblar las rodillas y mantener la espalda recta al levantar objetos pesados	Ropa de trabajo comoda para permitir la movilidad
				SI		Manipulacion manual de cargas	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Dolor de espalda mas intenso y persistente, limitacion de movilidad, inflamacion de tendones, compresion de nervios, contracturas musculares	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Capacitacion y planificar el levantamiento manual de cargas **2.** Evitar los trabajos que se realizan de forma continua en una misma postura. Se recomienda la alternancia de tareas y realizacion de pausas.	Ropa de trabajo comoda para permitir la movilidad
				SI	Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados solidos o fluidos)	Rasguños y cortes superficiales, contusiones, atrapamientos leves	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Heridas profundas, fracturas, esguinces, lesion ocular, amputaciones, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de las herramientas y equipos antes de usarlos **2.** Capacitacion de los riesgos expuestos y sus debidas medidas de prevencion **3.** Mantene el area de trabajo limpia y ordenada	Casco de seguridad, gafas de proteccion, guantes, calzado de seguridad
				SI		Trabajo en alturas	Esguinces, torceduras, contusiones, hematomas, laceraciones, heridas superficiales, esguince de tobillo o muñeca	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Fracturas multiples, traumatismos craneoencefalicos graves, lesiones internas, paralisis, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de los equipos de proteccion personal y contra caidas antes de usarlos **2.** Planificar las tareas en altura **3.** Evitar trabajar en altura en condiciones climaticas adversas	Uso de ropa adecuada, equipos de proteccion contra caidas, casco de seguridad, botas de seguridad, gafas de seguridad, guantes
				SI	Biologico	Bacterias, fluidos o exrementos	Irritacion en la piel y mucosas, afecciones leves (conjuntivitis, dermatitis), malestar gastrointestinal (nauseas, vomito, diarrea)	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Septicemia, meningitis, son infecciones graves que puede llevar a la muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabon, especialmente antes de comer y despues de ir al baño **2.** Evitar tocarse la cara, los ojos y la boca con las manos sucias. **3.** Limpiar y desinfectar las herramientas y equipos de trabajo regularmente **4.** Mantener el area de trabajo limpia y ordenada **5.** Evitar manipular materiales contaminados innecesariamente **6.** Utilizar tecnicas de levantamiento adecuadas para evitar lesiones que puedan facilitar la entrada de bacterias al cuerpo	Guantes para proteger las manos del contacto con bacterias, mascarilla para evitar la inhalacion de agentes contaminantes, gafas de seguridad para proteger los ojos de salpicaduras, ropa de trabajo adecuada

		Redes hidrosanitarias	Desmonte, excacacion manual e instalacion de tuberia hidraulica y aparatos sanitarios	SI	Biomecanico	Movimientos repetivos	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Hernia de disco, lesiones en ligamentos y articulaciones, enfermedades degenerativas de la columna vertebral (artrosis)	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Alternar diferentes tareas para no sobrecargar **2.** Realizar pausas periodicas para estirar los musculos y articulaciones **3.** Capacitacion sobre el riesgo y sus debidas medidas de prevencion	Guantes, muñequeras
				SI	Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados solidos o fluidos)	Rasguños y cortes superficiales, contusiones, atrapamientos leves	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Heridas profundas, fracturas, esguinces, lesion ocular, amputaciones, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de las herramientas y equipos antes de usarlos **2.** Capacitacion de los riesgos expuestos y sus debidas medidas de prevencion **3.** Mantene el area de trabajo limpia y ordenada	Casco de seguridad, gafas de proteccion, guantes, calzado de seguridad
				SI		Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel) condiciones de orden y aseo (caidas de objeto)	Tropezones, caidas a distinto nivel, esguinces, torceduras leves	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Fracturas y esguinces	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado, recogiendo materiales y herramientas despues de su uso **2.** Mantener el area limpia y libre de obstaculos **3.** Señalizar correctamente las excavaciones	Guantes, botas de seguridad, ropa adecuada
		Mamposteria	Desmonte, reposicion e instalacion mamposteria	SI	Fisico	Ruido (impacto, intermitente y continuo)	Irritabilidad, dificultad para concentrarse, estrés, fatiga, trastornos de sueño	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Perfida de audicion permanente, sordera, trastornos psicologicos	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Reducir el tiempo de exposicion, tomar descansos regulares en un ambiente silencioso **2.** Realizar capacitacion acerca del riesgo y emitir medidas de prevencion	Utilizar proteccion auditiva de insercion o copa
				SI	Quimico	Material particulado	Irritacion en los ojos, nariz, garganta, tos, dificultad para respirar, dermatitis y alergias en la piel	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Bronquitis cronica, asma, neumonia, silicosis, cancer de pulmon, mesotelioma	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Humedecer los materiales antes de manipularlos para reducir la generacion de polvo **2.** Asegurar una ventilacion adecuada en el lugar de trabajo para eliminar o reducir la concentracion de polvo en el aire **3.** Informar a los trabajadores sobre los riesgos del material particulado y capacitarlos en el uso correcto de los EPP y las medidas de prevencion	Utilizar una mascarilla adecuada para protegerse del polvo y material particulado, con filtro, proteger los ojos de la irritacion y el contacto con particulas, proteger la piel de posibles irritaciones y alergias, utilizar ropa que cubra la mayor parte del cuerpo para reducir la exposicion de la piel
				SI	Biomecanico	Movimiento repetitivo	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Hernia de disco, lesiones en ligamentos y articulaciones, enfermedades degenerativas de la columna vertebral (artrosis)	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Alternar diferentes tareas para no sobrecargar **2.** Realizar pausas periodicas para estirar los musculos y articulaciones **3.** Capacitacion sobre el riesgo y sus debidas medidas de prevencion	Guantes, muñequeras
				SI	Condiciones de seguridad	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel) condiciones de orden y aseo (caidas de objeto)	Tropezones, caidas a distinto nivel, esguinces, torceduras leves	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Fracturas y esguinces	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado, recogiendo materiales y herramientas despues de su uso **2.** Mantener el area limpia y libre de obstaculos	Guantes, botas de seguridad, ropa adecuada
				SI		Trabajo en Alturas	Esguinces, torceduras, contusiones, hematomas, laceraciones, heridas superficiales, esguince de tobillo o muñeca	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Fracturas mulliples, traumatismos craneoencefalicos graves, lesiones internas, paralisis, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de los equipos de proteccion personal y contra caidas antes de usarlos **2.** Planificar las tareas en altura **3.** Evitar trabajar en altura en condiciones climaticas adversas	Uso de ropa adecuada, equipos de proteccion contra caidas, casco de seguridad, botas de seguridad, gafas de seguridad, guantes
		Acabados de pintura	Retiro, lavado, impermeabilizacion y pintura de muros en fachada	SI	Fisico	Temperaturas extremas (calor)	Sudoracion excesiva, fatiga, calambres musculares, sarpullido, deshidratacion leve	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Golpe de calor, insolacion, convulsiones, perdida de conciencia, deshidratacion extrema, daño a organos internos, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Realizar pausas durante la jornada de trabajo en un lugar fresco o calido **2.** Hidratacion permanente **3.** Capacitar a los trabajadores sobre los riesgos y medidas preventivas	Ropa de proteccion manga larga, proteccion de cabeza y cuello
				SI	Biomecanico	Movimiento repetitivo	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Hernia de disco, lesiones en ligamentos y articulaciones, enfermedades degenerativas de la columna vertebral (artrosis)	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Alternar diferentes tareas para no sobrecargar **2.** Realizar pausas periodicas para estirar los musculos y articulaciones **3.** Capacitacion sobre el riesgo y sus debidas medidas de prevencion	Guantes, muñequeras
				SI		Manipulacion manual de cargas	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Dolor de espalda mas intenso y persistente, limitacion de movilidad, inflamacion de tendones, compresion de nervios, contracturas musculares	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Capacitacion y planificar el levantamiento manual de cargas **2.** Evitar los trabajos que se realizan de forma continua en una misma postura. Se recomienda la alternancia de tareas y realizacion de pausas.	Ropa de trabajo comoda para permitir la movilidad
				SI	Condiciones de seguridad	Electrico (baja tension)	Calambres musculares, hormigueo en manos y pies	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Paro cardiaco, electrocucion, quemaduras internas, lesiones neurologicas	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Revisar cuidadosamente la hidrolavadora, los cables, enchufes y conexiones antes de usarla, y retirar del servicio cualquier equipo defectuoso **2.** Utilizar hidrolavadora con proteccion contra sobrecarga y aislamiento electrico adecuado **3.** Capacitacion sobre riesgo electrico, medidas de seguridad y uso seguro de equipos electricos	A la hora de desconectar la hidrolavadora, en caso de que la conexión este humeda, utilizar guantes aislantes

DEMOLICIÓN, CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN Y DEMÁS ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS FASES 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO	NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS	Acabados de pisos		SI		Trabajo en Alturas	Esguinces, torceduras, contusiones, hematomas, laceraciones, heridas superficiales, esguince de tobillo o muñeca	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Fracturas multiples, traumatismos craneoencefalicos graves, lesiones internas, paralisis, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de los equipos de proteccion personal y contra caidas antes de usarlos **2.** Planificar las tareas en altura **3.** Evitar trabajar en altura en condiciones climaticas adversas	Uso de ropa adecuada, equipos de proteccion contra caidas, casco de seguridad, botas de seguridad, gafas de seguridad, guantes
			Mantenimiento y reposicion e instalacion de estuvo y vinilo	SI	Biomecanico	Movimiento repetitivo	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Hernia de disco, lesiones en ligamentos y articulaciones, enfermedades degenerativas de la columna vertebral (artrosis)	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Alternar diferentes tareas para no sobrecargar **2.** Realizar pausas periodicas para estirar los musculos y articulaciones **3.** Capacitacion sobre el riesgo y sus debidas medidas de prevencion	Guantes, muñequeras
				SI		Manipulacion manual de cargas	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Dolor de espalda mas intenso y persistente, limitacion de movilidad, inflamacion de tendones, compresion de nervios, contracturas musculares	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Capacitacion y planificar el levantamiento manual de cargas **2.** Evitar los trabajos que se realizan de forma continua en una misma postura. Se recomienda la alternancia de tareas y realizacion de pausas	Ropa de trabajo comoda para permitir la movilidad
			Reposicion e instalacion de enchape de piso y pared	SI	Fisico	Ruido (impacto, intermitente y continuo)	Ruido (impacto, intermitente y continuo)	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Perdida de audicion permanente, sordera, trastornos psicologicos	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Reducir el tiempo de exposicion, tomar descansos regulares en un ambiente silencioso **2.** Realizar capacitacionn acerca del riesgo y emitir medidas de prevencion	Utilizar proteccion auditiva de insercion o copa
				SI	Quimico	Material particulado	Irritacion en los ojos, nariz, garganta, tos, dificultad para respirar, dermatitis y alergias en la piel	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Bronquitis cronica, asma, neumonia, silicosis, cancer de pulmon, mesotelioma	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Asegurar una ventilacion adecuada en el lugar de trabajo para eliminar o reducir la concentracion de polvo en el aire **2.** Informar a los trabajadores sobre los riesgos del material particulado y capacitarlos en el uso correcto de los EPP y las medidas de prevencion	Utilizar una mascarilla adecuada para protegerse del polvo y material particulado, con filtro, proteger los ojos de la irritacion y el contacto con particulas, proteger la piel de posibles irritaciones y alergias, utilizar ropa que cubra la mayor parte del cuerpo para reducir la exposicion de la piel
				SI	Biomecanico	Postura (prolongada mantenida, forzada antigravitacional)	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Dolor de espalda mas intenso y persistente, limitacion de movilidad, inflamacion de tendones, compresion de nervios, contracturas musculares	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Evitar posturas forzadas y mantener la espalda recta al levantar objetos **2.** Tomar pausas periodicas para estirar los musculos y evitar la fatiga **3.** Doblar las rodillas y mantener la espalda recta al levantar objetos pesados	Ropa de trabajo comoda para permitir la movilidad
				SI		Movimiento repetitivo	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Hernia de disco, lesiones en ligamentos y articulaciones, enfermedades degenerativas de la columna vertebral (artrosis)	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Alternar diferentes tareas para no sobrecargar **2.** Realizar pausas periodicas para estirar los musculos y articulaciones **3.** Capacitacion sobre el riesgo y sus debidas medidas de prevencion	Guantes, muñequeras
				SI	Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados solidos o fluidos)	Rasguños y cortes superficiales, contusiones, atrapamientos leves	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Heridas profundas, fracturas, esguinces, lesion ocular, amputaciones, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de las herramientas y equipos antes de usarlos **2.** Capacitacion de los riesgos expuestos y sus debidas medidas de prevencion **3.** Mantene el area de trabajo limpia y ordenada	Casco de seguridad, gafas de proteccion, guantes, calzado de seguridad
		Otros acabados	Mantenimiento reposicion e instalacion de alistado de piso	SI	Quimico	Material particulado	Irritacion en los ojos, nariz, garganta, tos, dificultad para respirar, dermatitis y alergias en la piel	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Bronquitis cronica, asma, neumonia, silicosis, cancer de pulmon, mesotelioma	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Asegurar una ventilacion adecuada en el lugar de trabajo para eliminar o reducir la concentracion de polvo en el aire **2.** Informar a los trabajadores sobre los riesgos del material particulado y capacitarlos en el uso correcto de los EPP y las medidas de prevencion	Utilizar una mascarilla adecuada para protegerse del polvo y material particulado, con filtro, proteger los ojos de la irritacion y el contacto con particulas, proteger la piel de posibles irritaciones y alergias, utilizar ropa que cubra la mayor parte del cuerpo para reducir la exposicion de la piel
				SI	Biomecanico	Postura (prolongada mantenida, forzada antigravitacional)	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Dolor de espalda mas intenso y persistente, limitacion de movilidad, inflamacion de tendones, compresion de nervios, contracturas musculares	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Evitar posturas forzadas y mantener la espalda recta al levantar objetos **2.** Tomar pausas periodicas para estirar los musculos y evitar la fatiga **3.** Doblar las rodillas y mantener la espalda recta al levantar objetos pesados	Ropa de trabajo comoda para permitir la movilidad
				SI		Movimiento repetitivo	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Hernia de disco, lesiones en ligamentos y articulaciones, enfermedades degenerativas de la columna vertebral (artrosis)	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Alternar diferentes tareas para no sobrecargar **2.** Realizar pausas periodicas para estirar los musculos y articulaciones **3.** Capacitacion sobre el riesgo y sus debidas medidas de prevencion	Guantes, muñequeras
			Mantenimiento y reposicion e instalacion de tanque suministro de agua	SI	Condiciones de seguridad	Trabajo en Alturas	Esguinces, torceduras, contusiones, hematomas, laceraciones, heridas superficiales, esguince de tobillo o muñeca	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Fracturas multiples, traumatismos craneoencefalicos graves, lesiones internas, paralisis, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de los equipos de proteccion personal y contra caidas antes de usarlos **2.** Planificar las tareas en altura **3.** Evitar trabajar en altura en condiciones climaticas adversas	Uso de ropa adecuada, equipos de proteccion contra caidas, casco de seguridad, botas de seguridad, gafas de seguridad, guantes
				SI		Ruido (impacto, intermitente y continuo)	Ruido (impacto, intermitente y continuo)	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Perdida de audicion permanente, sordera, trastornos psicologicos	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Reducir el tiempo de exposicion, tomar descansos regulares en un ambiente silencioso **2.** Realizar capacitacionn acerca del riesgo y emitir medidas de prevencion	Utilizar proteccion auditiva de insercion o copa

		Carpinteria metalica	Desmonte, pintura e instalacion carpinteria metalica en cubierta	SI	Fisico	Radiaciones no ionizantes (ultravioleta)	Enrojecimiento y dolor en la piel expuesta a la radiacion UV, inflamacion de la conjuntiva y la cornea, causando dolor, enrojecimiento, sensacion de arenilla y sensibilidad a la luz	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Ampollas y dolor intenso en la pie, vision borrosa, dificultad para ver en la noche, cataratas (a largo plazo), daño profundo en la piel que puede requerir injertos, cancer de piel, especialmente en las areas expuestas como cara y cuello	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Nunca mirar directamente el arco de soldadura sin la proteccion adecuada, ya que puede causar daños graves en los ojos **2.** La soldadura genera humos y gases que pueden ser perjudiciales para la salud, por lo que es importante trabajar en areas bien ventiladas **3.** Informar a los trabajadores sobre los riesgos de la radiacion UV y capacitarlos en el uso correcto de los EPP y las medidas de prevencion	Utilizar una pantalla de soldadura con filtro adecuado para bloquear la radiacion UV y proteger los ojos y la cara, guantes para proteger las manos de quemaduras y la exposicion a la radiacion UV
				SI	Quimico	Humos metalicos, no metalicos y material particulado	Irritacion de ojos, nariz, garganta, tos, dificultad para respirar, fiebre	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Bronquitis cronica, asma, neumonia, enfermedades pulmonares obstructivas	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Asegurar una ventilacion adecuada en el lugar de trabajo para eliminar o reducir la concentracion de polvo en el aire **2.** Mantener la cabeza alejada de la columna de humo para reducir la inhalacion de particulas **3.** Informar a los trabajadores sobre los riesgos de los humos de soldadura, material particulado y capacitarlos en el uso correcto de los EPP y las medidas de prevencion	Utilizar mascarilla con filtro para humos metalicos para evitar la inhalacion de particulas, proteger los ojos de la irritacion y el contacto con particulas
				SI	Biomecanico	Postura (prolongada mantenida, forzada antigravitacional)	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Dolor de espalda mas interso y persistente, limitacion de movilidad, inflamacion de tendones, compresion de nervios, contracturas musculares	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Evitar posturas forzadas y mantener la espalda recta al levantar objetos **2.** Tomar pausas periodicas para estirar los musculos y evitar la fatiga **3.** Doblar las rodillas y mantener la espalda recta al levantar objetos pesados	Ropa de trabajo comoda para permitir la movilidad
				SI		Movimiento repetitivo	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Hernia de disco, lesiones en ligamentos y articulaciones, enfermedades degenerativas de la columna vertebral (artrosis)	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Alternar diferentes tareas para no sobrecargar **2.** Realizar pausas periodicas para estirar los musculos y articulaciones **3.** Capacitacion sobre el riesgo y sus debidas medidas de prevencion	Guantes, muñequeras
				SI	Condiciones de seguridad	Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados solidos o fluidos)	Rasguños y cortes superficiales, contusiones, atrapamientos leves	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Heridas profundas, fracturas, esguinces, lesion ocular, amputaciones, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de las herramientas y equipos antes de usarlos **2.** Capacitacion de los riesgos expuestos y sus debidas medidas de prevencion **3.** Mantene el area de trabajo limpia y ordenada	Casco de seguridad, gafas de proteccion, guantes, calzado de seguridad
				SI		Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel) condiciones de orden y aseo (caidas de objeto)	Tropezones, caidas a distinto nivel, esguinces, torceduras leves	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Fracturas y esguinces	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado, recopiendo materiales y herramientas despues de su uso **2.** Mantener el area limpia y libre de obstaculos	Guantes, botas de seguridad, ropa adecuada
				SI		Trabajo en Alturas	Esguinces, torceduras, contusiones, hematomas, laceraciones, heridas superficiales, esguince de tobillo o muñeca	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Fracturas multiples, traumatismos craneoencefalicos graves, lesiones internas, paralisis, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de los equipos de proteccion personal y contra caidas antes de usarlos **2.** Planificar las tareas en altura **3.** Evitar trabajar en altura en condiciones climaticas adversas	Uso de ropa adecuada, equipos de proteccion contra caidas, casco de seguridad, botas de seguridad, gafas de seguridad, guantes
		Concretos, morteros y pañetes	Muros, vigas aereas, placa contrapiso, cimentación	SI	Fisico	Ruido (impacto, intermitente y continuo)	Ruido (impacto, intermitente y continuo)	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Perdida de audicion permanente, sordera, trastornos psicologicos	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Reducir el tiempo de exposicion, tomar descansos regulares en un ambiente silencioso **2.** Realizar capacitacionn acerca del riesgo y emitir medidas de prevencion	Utilizar proteccion auditiva de insercion o copa
				SI	Quimico	Material particulado	Irritacion en los ojos, nariz, garganta, tos, dificultad para respirar, dermatitis y alergias en la piel	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Bajo	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Bronquitis cronica, asma, neumonia, silicosis, cancer de pulmon, mesotelioma	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Asegurar una ventilacion adecuada en el lugar de trabajo para eliminar o reducir la concentracion de polvo en el aire **2.** Informar a los trabajadores sobre los riesgos del material particulado y capacitarlos en el uso correcto de los EPP y las medidas de prevencion	Utilizar una mascarilla adecuada para protegerse del polvo y material particulado, con filtro, proteger los ojos de la irritacion y el contacto con particulas, proteger la piel de posibles irritaciones y alergias, utilizar ropa que cubra la mayor parte del cuerpo para reducir la exposicion de la piel
				SI	Biomecanico	Postura (prolongada mantenida, forzada antigravitacional)	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Bajo	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Dolor de espalda mas interso y persistente, limitacion de movilidad, inflamacion de tendones, compresion de nervios, contracturas musculares	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Evitar posturas forzadas y mantener la espalda recta al levantar objetos **2.** Tomar pausas periodicas para estirar los musculos y evitar la fatiga **3.** Doblar las rodillas y mantener la espalda recta al levantar objetos pesados	Ropa de trabajo comoda para permitir la movilidad
				SI		Movimiento repetitivo	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Hernia de disco, lesiones en ligamentos y articulaciones, enfermedades degenerativas de la columna vertebral (artrosis)	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Alternar diferentes tareas para no sobrecargar **2.** Realizar pausas periodicas para estirar los musculos y articulaciones **3.** Capacitacion sobre el riesgo y sus debidas medidas de prevencion	Guantes, muñequeras
				SI		Mecanico (elementos o partes de maquinas, herramientas, equipos, piezas a trabajar, materiales proyectados solidos o fluidos)	Rasguños y cortes superficiales, contusiones, atrapamientos leves	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Heridas profundas, fracturas, esguinces, lesion ocular, amputaciones, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de las herramientas y equipos antes de usarlos **2.** Capacitacion de los riesgos expuestos y sus debidas medidas de prevencion **3.** Mantene el area de trabajo limpia y ordenada	Casco de seguridad, gafas de proteccion, guantes, calzado de seguridad

				SI	Condiciones de seguridad	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel) condiciones de orden y aseo (caidas de objeto)	Tropezones, caidas a distinto nivel, esguinces, torceduras leves	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Bajo	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Fracturas y esguinces	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado, recogiendo materiales y herramientas despues de su uso **2.** Mantener el area limpia y libre de obstaculos	Guantes, botas de seguridad, ropa adecuada
				SI		Trabajo en Alturas	Esguinces, torceduras, contusiones, hematomas, laceraciones, heridas superficiales, esguince de tobillo o muñeca	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Fracturas multiples, traumatismos craneoencefalicos graves, lesiones internas, paralisis, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Verificar el estado de los equipos de proteccion personal y contra caidas antes de usarlos **2.** Planificar las tareas en altura **3.** Evitar trabajar en altura en condiciones climaticas adversas	Uso de ropa adecuada, equipos de proteccion contra caidas, casco de seguridad, botas de seguridad, gafas de seguridad, guantes
		Aseo general y retiro de escombros	Aseo general permanente en la obra y retiro de escombro a lugar autorizado por autoridades ambientales	SI	Biologico	Bacterias, fluidos o excrementos	Irritacion en la piel y mucosas, afecciones leves (conjuntivitis, dermatitis), malestar gastrointestinal (nauseas, vomito, diarrea)	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Septicemia, meningitis, son infecciones graves que puede llevar a la muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabon, especialmente antes de comer y despues de ir al baño **2.** Evitar tocarse la cara, los ojos y la boca con las manos sucias. **3.** Limpiar y desinfectar las herramientas y equipos de trabajo regularmente **4.** Mantener el area de trabajo limpia y ordenada **5.** Evitar manipular materiales contaminados innecesariamente **6.** Utilizar tecnicas de levantamiento adecuadas para evitar lesiones que puedan facilitar la entrada de	Guantes para proteger las manos del contacto con bacterias, mascarilla para evitar la inhalacion de agentes contaminantes, gafas de seguridad para proteger los ojos de salpicaduras, ropa de trabajo adecuada
				SI	Fisico	Temperaturas extremas (calor)	Sudoracion excesiva, fatiga, calambres musculares, sarpullido, deshidratacion leve	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	4	8	Medio	25	200	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Golpe de calor, insolacion, convulsiones, perdida de conciencia, deshidratacion extrema, daño a organos internos, muerte	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Realizar pausas durante la jornada de trabajo en un lugar fresco o calido **2.** Hidratacion permanente **3.** Capacitar a los trabajadores sobre los riesgos y medidas preventivas	Ropa de proteccion manga larga, proteccion de cabeza y cuello
				SI	Quimico	Material particulado	Irritacion en los ojos, nariz, garganta, tos, dificultad para respirar, dermatitis y alergias en la piel	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	3	6	Medio	25	150	II	No aceptable o aceptable con control especifico	Corregir y adoptar medidas de control inmediato	Bronquitis cronica, asma, neumonia, silicosis, cancer de pulmon, mesotelioma	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Asegurar una ventilacion adecuada en el lugar de trabajo para eliminar o reducir la concentracion de polvo en el aire **2.** Informar a los trabajadores sobre los riesgos del material particulado y capacitarlos en el uso correcto de los EPP y las medidas de prevencion	Utilizar una mascarilla adecuada para protegerse del polvo y material particulado, con filtro, proteger los ojos de la irritacion y el contacto con particulas, proteger la piel de posibles irritaciones y alergias, utilizar ropa que cubra la mayor parte del cuerpo para reducir la exposicion de la piel
				SI	Biomecanico	Postura (prolongada mantenida, forzada antigravitacional)	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Dolor de espalda mas interso y persistente, limitacion de movilidad, inflamacion de tendones, compresion de nervios, contracturas musculares	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Evitar posturas forzadas y mantener la espalda recta al levantar objetos **2.** Tomar pausas periodicas para estirar los musculos y evitar la fatiga **3.** Doblar las rodillas y mantener la espalda recta al levantar objetos pesados	Ropa de trabajo comoda para permitir la movilidad
				SI		Movimiento repetitivo	Fatiga muscular, dolor leve y/o rigidez en cuello, hombros, espalda y/o extremidades, calambres musculares, sesancion de pesadez en la espalda	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Hernia de disco, lesiones en ligamentos y articulaciones, enfermedades degenerativas de la columna vertebral (artrosis)	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Alternar diferentes tareas para no sobrecargar **2.** Realizar pausas periodicas para estirar los musculos y articulaciones **3.** Capacitacion sobre el riesgo y sus debidas medidas de prevencion	Guantes, muñequeras
				SI	Condiciones de seguridad	Locativo (sistemas y medios de almacenamiento), superficies de trabajo (irregulares, deslizantes, con diferencia de nivel) condiciones de orden y aseo (caidas de objeto)	Tropezones, caidas a distinto nivel, esguinces, torceduras leves	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	2	2	4	Bajo	25	100	III	Mejorable	Mejorar si es posible. Seria conveniente justificar la intervencion y su rentabilidad	Fracturas y esguinces	SI	NINGUNO	NINGUNO	NINGUNO	**1.** Mantener el lugar de trabajo limpio y ordenado, recogiendo materiales y herramientas despues de su uso **2.** Mantener el area limpia y libre de obstaculos	Guantes, botas de seguridad, ropa adecuada

ELABORÓ:

PAULA JULIANA Sánchez Rodríguez
PROFESIONAL SST

APROBÓ:

MARLON GUSTAVO CONDE BENAVIDES
DIRECTOR DE OBRA

VERTICAL

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Certificado de Capacitacion y Entrenamiento para trabajo en alturas
Trabajo en Alturas Res:4272;2021 Ministerio de Trabajo, Certificacion NTC 6072;2014
Otorgada por BUREAU VERITAS CO23.01049 Acreditado ONAC 09-CPR-008

JOHNNY MAURICIO MORALES DIAZ

IDENTIFICADO CON CEDULA No : 1.085.306.188

PARTICIPO Y APROBO EL CURSO DE TRABAJO EN ALTURAS

NIVEL REENTRENAMIENTO

Intensidad horaria: 8

Inicio 22-09-2026 finalizando 22-09-2026

Firmado en San Juan de Pasto el día: 23-09-2026

Calle 4 # 18 -23 Corregimiento de Obonuco, Pasto – Nariño

EMPRESA: COBE CONSTRUCTORES S.A.S

REPRESENTANTE LEGAL: CRISTHIAN JOSEPH CONDE BENAVIDES

ARL: SURA

ALEJANDRO LOPEZ GUEVARA
REPRESENTANTE LEGAL

JORGE A. LOPEZ GUEVARA
ENTRENADOR LIC SST 2929

Bogotá D.C., septiembre 24 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JOHNNY MAURICIO MORALES DIAZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1085306188, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR S.A.S
ENTRENADOR: JORGE ANDRES LOPEZ GUEVARA
SEDE DONDE SE FORMÓ: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR SAS
EMPLEADOR: COBE CONSTRUCTORES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR DE LA CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 18/09/2026 a 22/09/2026
INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 24 de 2026

VERTICAL

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

JOHN FREIDY MORA

IDENTIFICADO CON CEDULA No : 1.085.249.610

PARTICIPO Y APROBO EL CURSO DE TRABAJO EN ALTURAS

NIVEL REENTRENAMIENTO

Intensidad horaria: 8

Inicio 22-09-2026 finalizando 22-09-2026

Firmado en San Juan de Pasto el día: 23-09-2026

Calle 4 # 18 -23 Corregimiento de Obonuco, Pasto – Nariño

EMPRESA: COBE CONSTRUCTORES S.A.S

REPRESENTANTE LEGAL: CRISTHIAN JOSEPH CONDE BENAVIDES

ARL: SURA

ALEJANDRO LOPEZ GUEVARA
REPRESENTANTE LEGAL

JORGE A. LOPEZ GUEVARA
ENTRENADOR LIC SST 2929

Certificado de Capacitacion y Entrenamiento para trabajo en alturas
Trabajo en Alturas Res:4272;2021 Ministerio de Trabajo, Certificacion NTC 6072;2014
Otorgada por BUREAU VERITAS CO23.01049 Acreditado ONAC 09-CPR-008

Bogotá D.C., septiembre 24 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JOHN FREIDY MORA , identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1085249610, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR S.A.S
ENTRENADOR: JORGE ANDRES LOPEZ GUEVARA
SEDE DONDE SE FORMÓ: VERTICAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SUR SAS
EMPLEADOR: COBE CONSTRUCTORES SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR DE LA CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 22/09/2026 a 22/09/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día septiembre 24 de 2026

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

PERMISO PARA TRABAJO EN ALTURAS

IDENTIFICACIÓN GENERAL

Proyecto	Nuestra señora de las lajas											N° ATS	1		N° Permiso	1			
Fecha de emisión	23	09	2026	Validez desde	23	09	2026	Hora	7:00 am	Hasta	26	09	2026	Hora	5:00pm				
Descripción del trabajo	Desmonte de tejas, tubería electrica y cerchas																		
Ubicación especfica	Bloque 5																		
Altura especifica a la cual se va a desarrollar la actividad	4 metros aproximados											Actividad rutinaria	Si	X	NO				
Numero de personas que ejecutan la labor	2																		

IDENTIFICACION DEL PERSONAL QUE VA A REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS

N°	Nombre	Cedula de ciudadania	Cargo	Firma
1	Johny Mauricio Morales	1.095.306.188	Oficial	Jhony Morales.
2	John Freidy Mora	1.095.299.610	Ayudante.	John Freidy Mora
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

VERIFICACIONES DIARIAS PARA LA VALIDACION DEL PERMISO

LUNES

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PREVENCION CONTRACAIDAS

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO

Trabajador N°	Casco dieelectrico con barbuqueo 3 puntos	Gafas	P. Auditiva	Respiradores	Botas con puntera de acero y/o dielectrica	Guantes	Anclaje 5000lb	Arnés de cuerpo entero	Linea de vida Horizontal	Linea de vida Vertical	Mosquetones	Descendedores	Freno	Eslinga con absoredor de energia	Eslinga en Y con absoredor de energia	Eslinga de posicionamiento	Pretales	Tie Off	Poleas	OTROS	Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	Le tiene miedo a las alturas?	El trabajador esta capacitado para realizar la labor?	Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	Recibio entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?	Afiliaciónes EPS, AFP, ARL al dia	Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?	Ha comido en las últimas 4 horas	Durmió por lo menos 8 horas antes de iniciar esta jornada?	Se retiró cadenas, relojes, pulseras	Esta tomando algun medicamento que afecte sus condiciones ?
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
8																														
9																														
10																														

MARTES

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PREVENCION CONTRACAIDAS

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO

Trabajador N°	Casco dieelectrico con barbuqueo 3 puntos	Gafas	P. Auditiva	Respiradores	Botas con puntera de acero y/o dielectrica	Guantes	Anclaje 5000lb	Arnés de cuerpo entero	Linea de vida Horizontal	Linea de vida Vertical	Mosquetones	Descendedores	Freno	Eslinga con absoredor de energia	Eslinga en Y con absoredor de energia	Eslinga de posicionamiento	Pretales	Tie Off	Poleas	OTROS	Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	Le tiene miedo a las alturas?	El trabajador esta capacitado para realizar la labor?	Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	Recibio entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?	Afiliaciónes EPS, AFP, ARL al dia	Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?	Ha comido en las últimas 4 horas	Durmió por lo menos 8 horas antes de iniciar esta jornada?	Se retiró cadenas, relojes, pulseras	Esta tomando algun medicamento que afecte sus condiciones ?
1																														
2																														
3																														
4																														

MIERCOLES

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PREVENCION CONTRACAIDAS

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

Trabajador N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Casco dieelectrico con barbuqueo 3 puntos	S	S								
Gafas	S	S								
P. Auditiva	N/A	N/A								
Respiradores	S	S								
Botas con puntera de acero y/o dielectrica	S	S								
Guantes	S	S								
Anclaje 5000lb	S	S								
Arnés de cuerpo entero	S	S								
Linea de vida Horizontal	S	S								
Linea de vida Vertical	N/A	N/A								
Mosquetones	N/A	N/A								
Descendedores	N/A	N/A								
Freno	N/A	N/A								
Eslinga con absoredor de energia	S	S								
Eslinga en Y con absoredor de energia	N/A	N/A								
Eslinga de posicionamiento	N/A	N/A								
Pretales	N/A	N/A								
Tie Off	N/A	N/A								
Poleas	N/A	N/A								
OTROS	N/A	N/A								
Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	S	S								
Le tiene miedo a las alturas?	N	N								
El trabajador esta capacitado para realizar la labor?	S	S								
Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	S	S								
Recibio entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?	S	S								
Afiliaciónes EPS, AFP, ARL al dia	S	S								
Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?	N	N								
Ha comido en las últimas 4 horas	S	S								
Durmió por lo menos 8 horas antes de iniciar esta jornada?	S	S								
Se retiró cadenas, relojes, pulseras	S	S								
Esta tomando algun medicamento que afecte sus condiciones ?	N	N								

CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO

JUEVES

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PREVENCION CONTRACAIDAS

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

Trabajador N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Casco dieelectrico con barbuqueo 3 puntos	S	S	S							
Gafas	S	S	S							
P. Auditiva	N/A	N/A	N/A							
Respiradores	S	S	S							
Botas con puntera de acero y/o dielectrica	S	S	S							
Guantes	S	S	S							
Anclaje 5000lb	S	S	S							
Arnés de cuerpo entero	S	S	S							
Linea de vida Horizontal	S	S	S							
Linea de vida Vertical	N/A	N/A	N/A							
Mosquetones	N/A	N/A	N/A							
Descendedores	N/A	N/A	N/A							
Freno	N/A	N/A	N/A							
Eslinga con absoredor de energia	S	S	S							
Eslinga en Y con absoredor de energia	N/A	N/A	N/A							
Eslinga de posicionamiento	N/A	N/A	N/A							
Pretales	N/A	N/A	N/A							
Tie Off	N/A	N/A	N/A							
Poleas	N/A	N/A	N/A							
OTROS	N/A	N/A	N/A							
Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	S	S	S							
Le tiene miedo a las alturas?	N	N	N							
El trabajador esta capacitado para realizar la labor?	S	S	S							
Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	S	S	S							
Recibio entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?	S	S	S							
Afiliaciónes EPS, AFP, ARL al dia	S	S	S							
Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?	N	N	N							
Ha comido en las últimas 4 horas	S	S	S							
Durmió por lo menos 8 horas antes de iniciar esta jornada?	S	S	S							
Se retiró cadenas, relojes, pulseras	S	S	S							
Esta tomando algun medicamento que afecte sus condiciones ?	N	N	N							

CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO

VIERNES

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PREVENCION CONTRACAIDAS

Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda

Trabajador N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Casco dieelectrico con barbuqueo 3 puntos	S	S								
Gafas	S	S								
P. Auditiva	N/A	N/A								
Respiradores	S	S								
Botas con puntera de acero y/o dielectrica	S	S								
Guantes	S	S								
Anclaje 5000lb	S	S								
Arnés de cuerpo entero	S	S								
Linea de vida Horizontal	S	S								
Linea de vida Vertical	N/A	N/A								
Mosquetones	N/A	N/A								
Descendedores	N/A	N/A								
Freno	N/A	N/A								
Eslinga con absoredor de energia	S	S								
Eslinga en Y con absoredor de energia	N/A	N/A								
Eslinga de posicionamiento	N/A	N/A								
Pretales	N/A	N/A								
Tie Off	N/A	N/A								
Poleas	N/A	N/A								
OTROS	N/A	N/A								
Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	S	S								
Le tiene miedo a las alturas?	N	N								
El trabajador esta capacitado para realizar la labor?	S	S								
Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	S	S								
Recibio entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?	S	S								
Afiliaciónes EPS, AFP, ARL al dia	S	S								
Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?	N	N								
Ha comido en las últimas 4 horas	S	S								
Durmió por lo menos 8 horas antes de iniciar esta jornada?	S	S								
Se retiró cadenas, relojes, pulseras	S	S								
Esta tomando algun medicamento que afecte sus condiciones ?	N	N								

CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO

9																														
10																														

SABADO

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PREVENCION CONTRACAIDAS																				CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO										
Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda																														
Trabajador N°	Casco dieelectrico con barbuqueo 3 puntos	Gafas	P. Auditiva	Respiradores	Botas con puntera de acero y/o dielectrica	Guantes	Anclaje 5000lb	Arnés de cuerpo entero	Linea de vida Horizontal	Linea de vida Vertical	Mosquetones	Descendedores	Freno	Eslinga con absoredor de energia	Eslinga en Y con absoredor de energia	Eslinga de posicionamiento	Pretales	Tie Off	Poleas	OTROS	Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	Le tiene miedo a las alturas?	El trabajador esta capacitado para realizar la labor?	Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	Recibio entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?	Afiliaciónes EPS, AFP, ARL al dia	Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?	Ha comido en las últimas 4 horas	Durmió por lo menos 8 horas antes de iniciar esta jornada?	Se retiró cadenas, relojes, pulseras	Esta tomando algun medicamento que afecte sus condiciones ?
1	S	S	N/A	S	S	S	S	S	S	N/A	N/A	N/A	N/A	S	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	N
2	S	S	N/A	S	S	S	S	S	S	N/A	N/A	N/A	N/A	S	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	S	N	S	S	S	S	N	S	S	S	N
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															

DOMINGO

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL Y EQUIPOS DE PREVENCION CONTRACAIDAS																				CONDICIONES Y APTITUD DEL TRABAJADOR AUTORIZADO EN EL PERMISO DE TRABAJO										
Verifique que todo el personal cuente con los EPP necesarios para la operación indicando Si (S), No (N), No aplica (NA) según corresponda																														
Trabajador N°	Casco dieelectrico con barbuqueo 3 puntos	Gafas	P. Auditiva	Respiradores	Botas con puntera de acero y/o dielectrica	Guantes	Anclaje 5000lb	Arnés de cuerpo entero	Linea de vida Horizontal	Linea de vida Vertical	Mosquetones	Descendedores	Freno	Eslinga con absoredor de energia	Eslinga en Y con absoredor de energia	Eslinga de posicionamiento	Pretales	Tie Off	Poleas	OTROS	Certificado de entrenamiento vigente para trabajo en altura?	Le tiene miedo a las alturas?	El trabajador esta capacitado para realizar la labor?	Le explicaron el procedimiento y se siente capaz de ejecutarlo?	Recibio entrenamiento en primeros auxilios y técnicas RCP en el último año?	Afiliaciónes EPS, AFP, ARL al dia	Ingirió licor en las ultimas 24 horas ?	Ha comido en las últimas 4 horas	Durmió por lo menos 8 horas antes de iniciar esta jornada?	Se retiró cadenas, relojes, pulseras	Esta tomando algun medicamento que afecte sus condiciones ?
1																															
2																															
3																															
4																															
5																															
6																															
7																															
8																															
9																															
10																															

PRECAUCIONES GENERALES - VALIDACION DEL PERMISO DE TRABAJO (Si o No)

CONCEPTO A EVALUAR	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Procedimiento de trabajo seguro en alturas	S	S	S	S	S	S	
Señalizacion y demarcacion del area de trabajo			N/A	N/A	N/A	N/A	
Equipos y herramientas verificados y en buenas condiciones			S	S	S	S	
Extintor			S	S	S	S	
Camilla			S	S	S	S	
Medio de comunicación			S	S	S	S	
Botiquin			S	S	S	S	
Equipo de rescate			S	S	S	S	
Area limpia para instalar el sistema de protección contracaidas y/o andamio y/o escalera			S	S	S	S	
Se estableció el plan de emergencia incluyendo rescate			S	S	S	S	
Condición atmosférica (viento, lluvia, etc.) adecuada			S	S	S	S	
Control de caida de materiales			S	S	S	S	
Existe interferencia con otro tipo de trabajos			S	S	S	S	
Los puntos de anclaje estan certificados por persona calificada			S	S	S	S	
Se requiere de permisos adicionales? Espacios confinados (EC), Izaje de cargas (IC), Energías peligrosas (EP), Caliente (CA), Otro: _____			N	N	N	N	

SISTEMA DE ACCESO / SALIDA REQUERIDO - VALIDACION DEL PERMISO DE TRABAJO (Si o No)

TIPO	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Escalera	S	S	S	S	S	S	
Andamio			S	S	S	S	S
Elevador			S	S	S	S	
Canastilla			S	S	S	S	

SISTEMA DE PROTECCIÓN COLECTIVA - VALIDACION DEL PERMISO DE TRABAJO (Si o No)

TIPO	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Baranda	S	S	S	S	S	S	
Redes			S	S	S	S	S
Plataformas			S	S	S	S	

Scanned with CamScanner

Lineas de advertencia	S	S	N/A	N/A	N/A	N/A	

LISTA DE VERIFICACIÓN DE EQUIPOS - VALIDACION DEL PERMISO DE TRABAJO (Si o No)

ANDAMIOS	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Número de secciones			2	2	2	2	
Frenos en las ruedas			N/A	N/A	N/A	N/A	
Pines de seguridad (entre secciones, cruces y ruedas)			S	S	S	S	
Relación (altura : base)			S	S	S	S	
Plataformas completas			S	S	S	S	
Plataforma asegurada			S	S	S	S	
Baranda superior			S	S	S	S	
Baranda tobillos			S	S	S	S	
Anclaje de andamio o asegurado cada tres cuerpos a una estructura			S	S	S	S	
Planchones asegurados			S	S	S	S	
ESCALERAS	**Lunes**	**Martes**	**Miercoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sabado**	**Domingo**
Altura adecuada			N/A	N/A	N/A	N/A	
Escalera asegurada / anclada			N/A	N/A	N/A	N/A	
Si es de secciones tiene pines de seguridad entre secciones			N/A	N/A	N/A	N/A	
PELIGROS POTENCIALES	**Lunes**	**Martes**	**Miercoles**	**Jueves**	**Viernes**	**Sabado**	**Domingo**
Ruido			N/A	N/A	N/A	N/A	
Caídas (Materiales o Personas)			S	S	S	S	
Eléctricidad/Alta tensión			N/A	N/A	N/A	N/A	
Contacto superficies calientes			N/A	N/A	N/A	N/A	
Posturas inadecuadas de trabajo			N/A	N/A	N/A	N/A	
Estrés por calor			N/A	N/A	N/A	N/A	
Explosión de Polvo			N/A	N/A	N/A	N/A	
Exposición a vibraciones			N/A	N/A	N/A	N/A	
Probabilidad de Lluvia			S	S	S	S	
Proyección de partículas y fragmentos			N/A	N/A	N/A	N/A	
Inhalación de gases, vapores, humos y neblinas			N/A	N/A	N/A	N/A	
Iluminación inadecuada			N/A	N/A	N/A	N/A	
Manejo de herramientas			S	S	S	S	
Movimientos repetitivos			S	S	S	S	
Levantamiento de cargas			S	S	S	S	
Explosión y/o incendios			N/A	N/A	N/A	N/A	
Contacto con materiales o sustancias peligrosas			N/A	N/A	N/A	N/A	

VALIDEZ DEL PERMISO

Como Contratista: He verificado en campo con el Coordinador de Trabajo Seguro en Altura, la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y los comunicaré al personal que realiza la labor, verificando el buen estado de las herramientas y equipos a utilizar.

Como Coordinador de Trabajo Seguro en Altura: He verificado en campo con el Inspector SST y Contratista, la aplicación del procedimiento seguro y los demás controles para minimizar los riesgos asociados a este trabajo y considero seguro proceder con la ejecución del mismo.

En caso de presentarse una emergencia el presente permiso pierde validez automáticamente, por lo tanto, se deberá generar uno nuevo.

OBSERVACIONES GENERALES

AUTORIZACIONES

Encargado de la actividad	Contratista - Responsable	Inspector SST- Coordinador de trabajo seguro en Alturas
	Jhonny	

CANCELACIÓN DEL PERMISO

Nombre de quien cancela el permiso					
Nombre del responsable de la actividad					
Motivo					
Fecha		**Hora**		**Se le reportó a todo el personal que el permiso ha sido cancelado?**	

CIERRE DEL PERMISO DE TRABAJO

Responsable de la actividad			**Coordinador de Trabajo Seguro en Alturas**		
Personalmente declaro que (marque al frente si o no):		Observaciones	Personalmente he verificado que (marque si o no):		Observaciones
El trabajo ha sido terminado	SI		El area queda limpia y sin residuos	SI	
El sitio y el equipo quedan en condiciones seguras	SI		Se han presentado accidentes Y/o incidentes	NO	
Entrego el area limpia y libre de residuos de maetriales	SI		El permiso de trabajo se ha suspendido definitivamente	SI	
Otros:			Otros:		
Firma	Jhonny		**Firma**		

PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS DE ALTURAS

CONTRATO DE OBRA No. PN DIBIE 08-6-16031-26

“DEMOLICIÓN, CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN Y DEMÁS ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS FASES 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO”

2026

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5
2. OBJETIVOS 5
2.2 Objetivo general 5
2.3 Objetivos específicos 6
3. ALCANCE 6
4. MARCO LEGAL Y NORMATIVO 7
5. DEFINICIONES 8
6. IDENTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES CON EXPOSICIÓN AL RIESGO DE CAÍDA ... 10
7. CLASIFICACIÓN DE LAS TAREAS 11
8. JERARQUÍA DE CONTROLES 12
8.1 Eliminación 12
8.2 Sustitución 12
8.3 Controles de ingeniería 12
8.4 Controles administrativos 13
8.5 Elementos de protección personal 13
9 ROLES Y RESPONSABILIDADES 13
9.1 Empleador o contratante 13
9.2 Administrador del Programa de Prevención y Protección Contra Caídas 13
9.3 Coordinador de Trabajo en Alturas 14
9.4 Persona calificada 14
9.5 Trabajador autorizado 14
9.6 Ayudante de seguridad 14
9.7 Responsable de emergencias y brigada 14
10 REQUISITOS DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO 14
11 EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES 15
12 PROCEDIMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS 15

13 PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS 16
14 SISTEMAS DE ACCESO 17
15 MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAÍDAS 17
15.1 Barandas y sistemas colectivos 18
15.2 Señalización y demarcación 18
15.3 Control de aberturas 18
15.4 Restricción de acceso 18
15.5 Condiciones del área 18
15.6 Orden y aseo 18
16 MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS 18
17 SISTEMAS DE ANCLAJE 19
18 EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL 19
19 INSPECCIÓN DE EQUIPOS Y SISTEMAS 20
20 PREVENCIÓN DE CAÍDA DE OBJETOS 21
21 TRABAJO CERCA DE REDES O EQUIPOS ELÉCTRICOS 21
22 CONDICIONES CLIMÁTICAS Y AMBIENTALES 22
23 PLAN DE RESCATE Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS 22
24 INSPECCIONES Y SUPERVISIÓN 23
25 PROHIBICIONES 23
26 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 24
27 INDICADORES 25
27.1 Cumplimiento de inspecciones de equipos 25
27.2 Cumplimiento de capacitación en trabajo en alturas 25
27.3 Cumplimiento de permisos de trabajo 25
27.4 Cumplimiento de inspecciones de sistemas de acceso 26
27.5 Incidentes y accidentes asociados a trabajo en alturas 26

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Identificación de actividades 11
Tabla 2. Requisitos de capacitación y entrenamiento 15
Tabla 3. Cronograma de actividades 25

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo en alturas constituye una de las actividades con mayor potencial de generar accidentes graves o fatales dentro de los proyectos de construcción, especialmente cuando se desarrollan labores sobre estructuras, cubiertas, placas, fachadas, andamios, escaleras, plataformas, bordes o superficies que presentan riesgo de caída.

En el proyecto **"Demolición, Construcción y Dotación de las Fases 1 y 2 del Colegio Nuestra Señora de las Lajas"** se han identificado actividades que pueden involucrar exposición al riesgo de caída durante las diferentes etapas de ejecución de la obra. Entre ellas se encuentran trabajos asociados con estructuras de concreto y metálicas, construcción de placas y escaleras, mampostería, fachadas, cubiertas, instalación de anclajes de seguridad, carpintería, pintura, cielo raso, instalaciones eléctricas, instalación de luminarias, ductos, señalización, equipos y otras actividades que, de acuerdo con las condiciones reales de ejecución, puedan requerir trabajo en alturas.

Este programa establece los lineamientos para planificar, autorizar, ejecutar, supervisar y controlar las actividades que impliquen riesgo de caída a distinto nivel, priorizando la eliminación del trabajo en alturas cuando sea técnicamente posible y, cuando no pueda evitarse, implementando medidas de prevención y protección acordes con las características de cada tarea.

Su aplicación se integra al Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – SG-SST, a la identificación de peligros y valoración de riesgos, al programa de capacitación, a la matriz de Elementos de Protección Personal, a los procedimientos de trabajo seguro y al Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias del proyecto.

2. OBJETIVOS

2.2 Objetivo general

Establecer los lineamientos técnicos, administrativos y operativos para prevenir accidentes asociados con caídas de personas y objetos durante la ejecución de trabajos en alturas en el proyecto, mediante la identificación de las tareas expuestas, la aplicación de medidas de prevención y protección, la selección adecuada de sistemas de acceso y equipos, la capacitación del personal y la preparación para responder ante posibles emergencias.

2.3 Objetivos específicos

- Identificar las actividades del proyecto que puedan generar exposición al riesgo de caída en alturas.
- Establecer criterios para determinar cuándo una actividad debe ser considerada trabajo en alturas y cuándo requiere controles adicionales aun cuando se desarrolle a una altura inferior.
- Aplicar la jerarquía de controles establecida en el SG-SST, priorizando la eliminación del trabajo en alturas y posteriormente las medidas de ingeniería, administrativas y de protección.
- Definir los requisitos de capacitación, entrenamiento y autorización del personal que participe en trabajos en alturas.
- Establecer criterios para la selección, inspección, utilización, mantenimiento y almacenamiento de los sistemas de acceso y sistemas de protección contra caídas.
- Controlar el riesgo de caída de herramientas, materiales, equipos y otros objetos desde niveles superiores.
- Establecer los requisitos para la autorización y supervisión de los trabajos en alturas.
- Integrar las actividades de prevención y protección contra caídas con el Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias y el plan de rescate correspondiente.
- Realizar seguimiento a la aplicación de los controles mediante inspecciones, registros, indicadores y acciones de mejora.

3. ALCANCE

Este programa aplica a todos los trabajadores, contratistas, subcontratistas y demás personas que desarrollen actividades para el proyecto y que puedan estar expuestas al riesgo de caída a distinto nivel.

Comprende las actividades de construcción, demolición, instalación, mantenimiento, montaje, adecuación, limpieza y demás labores relacionadas con el proyecto en las cuales exista exposición al riesgo de caída.

Dentro del alcance se incluyen, entre otras, las actividades relacionadas con:

- Estructuras de concreto.
- Estructuras metálicas.
- Columnas, pantallas y vigas.
- Placas y losas.
- Escaleras.
- Mampostería y fachadas.
- Cubiertas.
- Instalación de anclajes de seguridad.
- Carpintería.
- Instalación de barandas y pasamanos.
- Pintura.
- Cielo raso.
- Instalación de luminarias.
- Canalizaciones, ductos y sistemas de ventilación.
- Instalaciones eléctricas.
- Señalización.
- Montaje e instalación de equipos.
- Actividades de mantenimiento y limpieza que impliquen exposición a desniveles.
- Uso de andamios, escaleras, plataformas elevadoras u otros sistemas de acceso que sean requeridos durante la obra.

El programa también contempla las actividades no rutinarias que puedan surgir durante la ejecución del proyecto y que impliquen una condición diferente a la inicialmente prevista.

4. MARCO LEGAL Y NORMATIVO

El Programa de Prevención y Protección Contra Caídas de Alturas se desarrolla en concordancia con la normativa colombiana vigente aplicable al proyecto, entre ella:

Ley 9 de 1979

Establece disposiciones relacionadas con la protección de la salud de los trabajadores y las condiciones de seguridad e higiene en los lugares de trabajo.

Decreto Ley 1295 de 1994

Organiza y determina el funcionamiento del Sistema General de Riesgos Laborales y establece responsabilidades relacionadas con la prevención de los riesgos laborales.

Ley 1562 de 2012

Modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y establece disposiciones relacionadas con Seguridad y Salud en el Trabajo.

Decreto 1072 de 2015

Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo. Su Capítulo 6 del Título 4 de la Parte 2 del Libro 2 establece las disposiciones para la implementación del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo y la gestión de los peligros y riesgos laborales. La versión integrada consultada registra actualización al 12 de marzo de 2026.

Resolución 0312 de 2019

Establece los Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, cuya implementación debe adecuarse a las características de la empresa, actividad económica, número de trabajadores y riesgos presentes.

Resolución 4272 de 2021

Establece los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de trabajo en alturas y regula aspectos relacionados con la prevención y protección contra caídas, capacitación y entrenamiento, roles, sistemas de acceso, permisos, equipos, emergencias y rescate. Es la norma específica de referencia para este programa.

Las normas anteriores se aplicarán junto con las demás disposiciones que las modifiquen, adicionen o sustituyan, así como con las normas técnicas aplicables a los equipos y sistemas utilizados en el proyecto.

5. DEFINICIONES

Para efectos de este programa se tendrán en cuenta las definiciones establecidas en la normativa vigente y, especialmente, las contenidas en la Resolución 4272 de 2021.

Trabajo en alturas

Actividad que realiza un trabajador que ocasione la suspensión y/o desplazamiento y que lo exponga a un riesgo de caída mayor a **2,0 metros**, medidos desde el plano de los pies del trabajador hasta el plano horizontal inferior más cercano.

Cuando existan condiciones peligrosas que puedan afectar al trabajador durante una caída, deberán establecerse medidas de prevención y protección aun cuando la altura sea inferior a 2,0 metros.

Trabajador autorizado

Trabajador designado para realizar trabajos en alturas que cumple los requisitos de capacitación y entrenamiento establecidos en la normativa y cuenta con las condiciones de salud requeridas para desarrollar la actividad.

Coordinador de trabajo en alturas

Persona encargada de identificar los peligros existentes en los lugares donde se desarrollan trabajos en alturas y aplicar o verificar las medidas necesarias para controlar los riesgos asociados.

Persona calificada

Persona que, de acuerdo con su formación y competencias, tiene la capacidad técnica para realizar actividades relacionadas con el diseño, análisis, evaluación o autorización de elementos o sistemas que requieran conocimientos especializados.

Ayudante de seguridad

Persona capacitada para contribuir al control de las áreas de riesgo de caída de personas u objetos, de acuerdo con las condiciones definidas para el trabajo.

Medidas de prevención

Medidas destinadas a evitar que el trabajador se exponga al riesgo de caída o a impedir que ingrese a una zona donde pueda presentarse dicho riesgo.

Medidas de protección

Medidas destinadas a detener o controlar una caída cuando el riesgo no pueda eliminarse mediante las medidas de prevención.

Sistema de acceso

Medio utilizado para permitir el acceso o proporcionar soporte al trabajador para desarrollar actividades en alturas, como andamios, escaleras, elevadores de personal y otros sistemas autorizados.

Sistema de restricción

Conjunto de equipos certificados destinado a limitar el desplazamiento del trabajador para impedir que alcance un borde o zona desde la cual pueda producirse una caída.

Sistema de posicionamiento

Sistema configurado para ubicar al trabajador en una posición de trabajo que permita realizar la actividad manteniendo controlada la distancia de caída.

Sistema de detención de caídas

Conjunto de equipos y elementos destinados a detener una caída y reducir las consecuencias derivadas de ella.

Zona de peligro

Área donde existe posibilidad de caída de personas u objetos y que requiere controles de acceso y medidas de seguridad.

6. IDENTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES CON EXPOSICIÓN AL RIESGO DE CAÍDA

La identificación de las tareas se realizará tomando como referencia las actividades contractuales, la programación de obra, los procedimientos constructivos, las condiciones reales del frente de trabajo y la matriz de peligros.

Para este proyecto se consideran potencialmente expuestas, entre otras, las siguientes actividades:

Etapa	Actividades con posible exposición a trabajo en alturas
Demoliciones	Demolición de estructuras de 1 y 2 pisos, demolición de muros, cubiertas, cielos rasos y elementos ubicados en niveles superiores

Cimentación y estructura	Construcción de columnas, pantallas, vigas, placas, losas, escaleras y estructuras metálicas
Mampostería	Construcción de muros, fachadas, enchapes, dovelas, columnetas, viguetas y anclajes
Elementos no estructurales	Instalación de elementos ubicados en niveles superiores
Cubiertas	Instalación de cubierta, impermeabilización, instalación de anclajes, carpintería, barandas y pasamanos
Pintura	Pintura de superficies ubicadas en altura
Cielo raso	Instalación y mantenimiento de techos y elementos suspendidos
Instalaciones eléctricas	Instalación de luminarias, canalizaciones, redes, equipos y sistemas ubicados en altura
Ventilación	Instalación de ductos, protecciones, dampers y difusores
Señalización	Instalación de señalización ubicada en niveles superiores
Equipos	Montaje, instalación y mantenimiento de equipos cuando exista exposición a desniveles
Limpieza	Limpieza de superficies o elementos ubicados en altura

***Tabla 1**. Identificación de actividades*
Fuente: Producción propia

La inclusión de una actividad en este inventario no significa que necesariamente deba ejecutarse mediante exposición directa del trabajador al riesgo. Antes de iniciar la tarea se deberá analizar si es posible ejecutarla desde nivel seguro, mediante sistemas de ingeniería, prefabricación, equipos de acceso adecuados u otros métodos que reduzcan o eliminen la exposición.

7. CLASIFICACIÓN DE LAS TAREAS

Las actividades de trabajo en alturas se clasificarán como **rutinarias** o **no rutinarias**, de acuerdo con la frecuencia y características de ejecución.

Las tareas rutinarias deberán contar con procedimientos de trabajo seguro previamente definidos, divulgados y validados por el Coordinador de Trabajo en Alturas, además de las listas de chequeo correspondientes.

Las tareas no rutinarias deberán ser objeto de análisis previo, identificando las condiciones particulares de la actividad, los peligros presentes, los sistemas de acceso, las medidas de prevención y protección requeridas y el procedimiento para responder ante una emergencia.

Cualquier modificación significativa en las condiciones del trabajo, equipos, sistemas de acceso, ubicación, método constructivo o entorno deberá generar una nueva revisión del análisis de riesgos.

8. JERARQUÍA DE CONTROLES

La prevención del riesgo de caída se desarrollará aplicando la jerarquía de controles establecida dentro del SG-SST.

8.1 Eliminación

Se analizará si el trabajo puede realizarse completamente desde el nivel del suelo, mediante prefabricación, montaje previo, herramientas de extensión, equipos de control remoto u otros métodos que eviten el ascenso del trabajador.

8.2 Sustitución

Cuando sea técnicamente viable, se evaluarán métodos constructivos que reduzcan la necesidad de exposición directa al riesgo de caída.

8.3 Controles de ingeniería

Se priorizarán soluciones como:

- Barandas.
- Plataformas de trabajo.
- Sistemas de acceso seguros.
- Cerramiento de aberturas.
- Cubrimiento resistente de huecos.
- Líneas de vida.
- Puntos de anclaje.
- Sistemas de restricción.
- Sistemas colectivos de protección.
- Plataformas elevadoras de personal.
- Sistemas de protección diseñados para las condiciones específicas del proyecto.

8.4 Controles administrativos

Se utilizarán:

- Procedimientos de trabajo seguro.
- Permisos de trabajo en alturas.
- Análisis de trabajo seguro.
- Inspecciones.
- Señalización y demarcación.
- Control de acceso.
- Capacitación y entrenamiento.
- Supervisión.
- Coordinación de trabajo en alturas.
- Programación de actividades.
- Restricción de acceso de personal no autorizado.

8.5 Elementos de protección personal

Los EPP constituyen el último nivel de control y deberán seleccionarse de acuerdo con los peligros y riesgos identificados, la tarea, el sistema de acceso y las condiciones particulares del trabajo.

9 ROLES Y RESPONSABILIDADES

9.1 Empleador o contratante

Debe garantizar los recursos humanos, técnicos y económicos necesarios para implementar y mantener el programa, suministrar los equipos requeridos, garantizar la capacitación y entrenamiento del personal, disponer de los roles establecidos para trabajo en alturas y verificar el cumplimiento de las medidas de prevención y protección.

También deberá garantizar la integración del programa con el SG-SST y con el Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias.

9.2 Administrador del Programa de Prevención y Protección Contra Caídas

Tendrá a su cargo la administración y seguimiento general del programa, verificando su implementación, actualización, disponibilidad de recursos y articulación con el SG-SST.

De acuerdo con la Resolución 4272 de 2021, este rol debe cumplir el perfil y requisitos de formación establecidos para el administrador del programa.

9.3 Coordinador de Trabajo en Alturas

Será responsable de identificar los peligros presentes en el lugar de trabajo, verificar las condiciones de seguridad, establecer o verificar las medidas de prevención y protección, revisar los permisos de trabajo en alturas y adoptar medidas correctivas cuando se identifiquen condiciones inseguras.

También participará en la revisión de procedimientos, inspecciones, análisis de tareas y actividades relacionadas con la prevención del riesgo de caída.

9.4 Persona calificada

Intervendrá cuando sea necesario realizar diseños, cálculos, análisis, evaluación o autorización de elementos estructurales o sistemas de protección que requieran conocimientos técnicos especializados.

9.5 Trabajador autorizado

Deberá cumplir los requisitos de capacitación y entrenamiento establecidos, utilizar correctamente los sistemas y equipos suministrados, cumplir los procedimientos y permisos, realizar las inspecciones correspondientes e informar cualquier condición que pueda afectar su seguridad.

9.6 Ayudante de seguridad

Cuando las condiciones del trabajo lo requieran, realizará el control del área para evitar el ingreso de personas a zonas de riesgo y contribuirá a mantener las condiciones de seguridad durante la ejecución de la actividad.

9.7 Responsable de emergencias y brigada

Participarán en la preparación y respuesta ante emergencias relacionadas con trabajo en alturas, incluyendo la atención inicial y la activación del plan de rescate definido para la actividad.

10 REQUISITOS DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

El personal que participe en trabajos en alturas deberá cumplir los requisitos de formación, capacitación y entrenamiento establecidos en la normativa vigente.

La Resolución 4272 de 2021 establece, entre otros, los siguientes niveles:

Rol	Formación mínima establecida
Jefe de área para trabajo en alturas	Mínimo 8 horas
Trabajador autorizado	Mínimo 32 horas
Coordinador de trabajo en alturas	Mínimo 80 horas
Entrenador de trabajo en alturas	Mínimo 130 horas

***Tabla 2**. Requisitos de capacitación y entrenamiento*
Fuente: Producción propia

Estos requisitos deberán verificarse antes de autorizar al personal para desarrollar las actividades correspondientes.

Adicionalmente, se deberá realizar inducción específica sobre los riesgos y controles existentes en el proyecto, procedimientos de trabajo, uso de equipos, inspecciones, respuesta ante emergencias y plan de rescate.

Los certificados y registros de capacitación deberán conservarse dentro de la documentación del SG-SST.

11 EVALUACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

Antes de autorizar a un trabajador para realizar actividades en alturas se deberá verificar que cuente con las evaluaciones médicas ocupacionales correspondientes y que no existan restricciones incompatibles con las labores a desarrollar.

Las condiciones de salud que puedan generar restricciones para realizar trabajos en alturas deberán ser informadas por el trabajador y evaluadas conforme al criterio médico ocupacional.

No se permitirá la ejecución de trabajo en alturas cuando existan restricciones médicas incompatibles con la actividad.

12 PROCEDIMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

Antes de iniciar cualquier trabajo en alturas se deberá realizar una planificación de la actividad que contemple, como mínimo:

1. Identificación de la tarea.
2. Identificación de peligros.
3. Evaluación de riesgos.
4. Determinación de medidas de prevención.
5. Selección del sistema de acceso.

6. Selección del sistema de protección contra caídas cuando sea necesario.
7. Verificación de las condiciones del lugar.
8. Inspección de equipos y elementos.
9. Verificación de capacitación y autorización del personal.
10. Verificación de condiciones de salud.
11. Definición del mecanismo de rescate.
12. Diligenciamiento del permiso de trabajo en alturas cuando corresponda.
13. Verificación y autorización por parte del Coordinador de Trabajo en Alturas.
14. Inicio de la actividad bajo las condiciones establecidas.

El trabajo deberá suspenderse cuando cambien las condiciones de seguridad previstas, se presente una condición climática que comprometa la seguridad, se detecte una falla en los sistemas de protección, se presenten equipos defectuosos o cualquier otra circunstancia que pueda generar una exposición no controlada.

13 PERMISO DE TRABAJO EN ALTURAS

Todo trabajo en alturas deberá obedecer a una acción planificada, organizada y ejecutada por trabajadores autorizados.

El permiso de trabajo deberá permitir verificar, como mínimo:

- Identificación de los trabajadores.
- Tipo de trabajo.
- Altura aproximada.
- Fecha y horario de ejecución.
- Afiliación a seguridad social.
- Condiciones de aptitud requeridas.
- Descripción de la tarea.
- Procedimiento de trabajo.
- Medidas de prevención.
- Sistemas de acceso.
- Puntos de anclaje.
- Sistema de restricción, posicionamiento o detención de caídas.
- EPP requerido.
- Herramientas y equipos.
- Capacitación o certificación correspondiente.
- Observaciones.
- Autorización del trabajo.

- Responsable de activar el plan de emergencias.
- Coordinador de Trabajo en Alturas.

El permiso deberá ser revisado y suscrito por el Coordinador de Trabajo en Alturas en cada evento, conforme a las condiciones establecidas en la Resolución 4272 de 2021.

14 SISTEMAS DE ACCESO

Los sistemas de acceso deberán seleccionarse considerando la naturaleza de la tarea, altura, duración, superficie, entorno, condiciones del suelo, capacidad de carga, estabilidad y recomendaciones del fabricante.

Para el proyecto podrán utilizarse, según necesidad y previa evaluación:

- Andamios.
- Escaleras.
- Plataformas de trabajo.
- Plataformas elevadoras de personal.
- Torres de acceso.
- Otros sistemas autorizados y técnicamente adecuados.

Todo sistema de acceso deberá encontrarse en condiciones seguras de funcionamiento, contar con la documentación correspondiente e inspeccionarse antes de su utilización.

Los andamios y demás estructuras de acceso deberán instalarse de acuerdo con las instrucciones del fabricante y las condiciones técnicas aplicables. Cuando corresponda, su montaje y operación deberán ser inspeccionados por el Coordinador de Trabajo en Alturas, una persona avalada o una persona calificada, según el tipo de sistema y las condiciones establecidas por la normativa.

Los andamios móviles no deberán trasladarse con personas sobre la plataforma.

La Resolución 4272 de 2021 establece requisitos específicos para los sistemas de acceso y exige verificar su estabilidad, inspección y condiciones de utilización.

15 MEDIDAS DE PREVENCIÓN CONTRA CAÍDAS

De acuerdo con las características de cada tarea se implementarán las medidas de prevención necesarias, entre ellas:

15.1 Barandas y sistemas colectivos

Las zonas con bordes, desniveles, aberturas o vacíos deberán contar con sistemas colectivos de protección cuando técnicamente corresponda.

15.2 Señalización y demarcación

Las zonas de riesgo deberán permanecer debidamente señalizadas y demarcadas, restringiendo el ingreso de personas que no participen en la actividad.

15.3 Control de aberturas

Los vacíos y aberturas existentes en placas, pisos, estructuras y demás superficies deberán protegerse mediante cubrimiento resistente o sistemas de protección colectiva apropiados.

15.4 Restricción de acceso

Solamente ingresará a las zonas de trabajo en alturas el personal autorizado y requerido para ejecutar la actividad.

15.5 Condiciones del área

Antes de comenzar se verificará la estabilidad de las superficies, presencia de obstáculos, líneas eléctricas, equipos en movimiento, materiales almacenados, condiciones climáticas y cualquier elemento que pueda afectar la seguridad.

15.6 Orden y aseo

Las plataformas, escaleras y superficies de trabajo deberán mantenerse libres de materiales, herramientas, residuos y elementos que puedan generar tropiezos o pérdida de estabilidad.

16 MEDIDAS DE PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS

Cuando no sea posible eliminar el riesgo de caída mediante medidas de prevención, se implementarán sistemas de protección adecuados a las características de la tarea.

Estos podrán incluir:

- Sistemas de restricción.
- Sistemas de posicionamiento.
- Sistemas de detención de caídas.
- Líneas de vida verticales u horizontales.
- Puntos de anclaje.

- Sistemas de protección colectiva.
- Redes de seguridad cuando sean técnicamente aplicables.
- Sistemas complementarios definidos mediante diseño o evaluación técnica.

Los elementos de los sistemas de protección contra caídas deberán ser compatibles entre sí, contar con las certificaciones correspondientes cuando sean exigibles y utilizarse conforme a las instrucciones del fabricante.

Los sistemas deberán seleccionarse considerando la tarea, el sistema de acceso, las condiciones ambientales, presencia de sustancias químicas, riesgo eléctrico, superficies abrasivas, trabajos con soldadura y demás peligros asociados.

17 SISTEMAS DE ANCLAJE

Los puntos de anclaje y sistemas utilizados para protección contra caídas deberán corresponder a sistemas diseñados, instalados, inspeccionados y autorizados de acuerdo con las condiciones técnicas aplicables.

Cuando se requiera diseñar, calcular, evaluar o autorizar un sistema estructural de anclaje que requiera conocimientos especializados, deberá intervenir una persona calificada.

No se permitirá utilizar elementos improvisados, estructuras no verificadas, tuberías, barandas, elementos de fachada u otros componentes como puntos de anclaje sin que hayan sido previamente evaluados y autorizados para tal finalidad.

La resistencia y configuración del sistema deberá ser compatible con el sistema de protección seleccionado.

18 EQUIPOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

Los EPP para trabajo en alturas serán definidos en articulación con la **Matriz de EPP del proyecto** y de acuerdo con los peligros identificados para cada tarea.

Como referencia, dependiendo de la actividad, podrán requerirse:

- Casco de seguridad para trabajo en alturas, cuando corresponda.
- Sistema de protección contra caídas.
- Arnés de cuerpo completo.
- Eslingas apropiadas para el sistema seleccionado.
- Dispositivos de conexión y absorción de energía.
- Línea de vida.

- Guantes según la actividad.
- Calzado de seguridad.
- Protección visual.
- Protección auditiva.
- Protección respiratoria cuando el riesgo lo requiera.
- EPP dieléctrico cuando exista riesgo eléctrico y sea técnicamente aplicable.

Los equipos deberán inspeccionarse antes de su uso. Los equipos que presenten daños, desgaste, deformaciones, deterioro, contaminación o cualquier condición que comprometa su funcionamiento deberán retirarse de servicio.

Cuando un sistema de protección contra caídas haya detenido una caída, deberá retirarse inmediatamente de servicio y ser evaluado por una persona competente conforme a los criterios establecidos por el fabricante y la normativa aplicable.

19 INSPECCIÓN DE EQUIPOS Y SISTEMAS

Antes de iniciar las actividades se deberá verificar el estado de los equipos y sistemas utilizados.

Las inspecciones deberán considerar, según corresponda:

- Arnés.
- Eslingas.
- Conectores.
- Mosquetones.
- Absorbedores de energía.
- Líneas de vida.
- Puntos de anclaje.
- Dispositivos de ascenso y descenso.
- Escaleras.
- Andamios.
- Plataformas.
- Equipos elevadores.
- Barandas.
- Redes de seguridad.
- Sistemas colectivos.
- Elementos de protección de aberturas.

Las inspecciones deberán quedar registradas cuando así lo establezca el procedimiento o la normativa aplicable.

Los equipos que no cumplan las condiciones de seguridad deberán identificarse, retirarse de servicio y gestionarse para mantenimiento, reparación o disposición final, según corresponda.

20 PREVENCIÓN DE CAÍDA DE OBJETOS

El control del riesgo no se limitará a la caída de personas. También deberán adoptarse medidas para evitar la caída de herramientas, materiales, equipos y residuos desde niveles superiores.

Según la tarea podrán utilizarse:

- Porta herramientas.
- Sistemas de amarre.
- Rodapiés.
- Cerramientos.
- Mallas o sistemas de contención.
- Demarcación de áreas inferiores.
- Restricción de circulación.
- Plataformas de almacenamiento seguras.
- Sistemas de izaje adecuados.

No se permitirá lanzar herramientas, materiales o residuos desde niveles superiores.

Cuando exista riesgo para personas ubicadas en niveles inferiores, se deberá controlar el área y evitar su permanencia mientras se desarrolla la actividad.

21 TRABAJO CERCA DE REDES O EQUIPOS ELÉCTRICOS

Antes de ejecutar trabajos en alturas cerca de redes eléctricas, se deberá identificar la presencia de conductores, equipos o instalaciones energizadas.

Se deberán establecer las distancias de seguridad y controles correspondientes de acuerdo con la condición eléctrica identificada.

Cuando sea necesario intervenir instalaciones eléctricas existentes, se deberá aplicar el procedimiento de seguridad eléctrica correspondiente, incluyendo

desenergización, bloqueo, señalización y verificación de ausencia de tensión cuando aplique.

La coordinación entre el responsable del trabajo en alturas y el responsable de la actividad eléctrica será obligatoria cuando ambos riesgos estén presentes.

22 CONDICIONES CLIMÁTICAS Y AMBIENTALES

Las actividades en alturas deberán suspenderse cuando las condiciones ambientales puedan comprometer la seguridad de los trabajadores, especialmente ante:

- Lluvias intensas.
- Tormentas eléctricas.
- Vientos fuertes.
- Superficies mojadas o resbaladizas.
- Baja visibilidad.
- Otras condiciones ambientales que impidan mantener condiciones seguras.

La reanudación de la actividad requerirá una nueva verificación del área y de los sistemas utilizados.

23 PLAN DE RESCATE Y ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

El riesgo de caída debe contemplar la posibilidad de que un trabajador quede suspendido después de una caída.

Por esta razón, el Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias del proyecto deberá incorporar el componente específico de trabajo en alturas y el procedimiento de rescate correspondiente.

El plan deberá definir:

- Forma de activar la emergencia.
- Responsables de la respuesta.
- Recursos disponibles.
- Equipos de rescate.
- Sistema de comunicación.
- Acceso al trabajador accidentado.
- Procedimiento de rescate.
- Atención inicial.

- Coordinación con servicios externos de emergencia.
- Evacuación del trabajador.
- Reporte del evento.

No se deberá iniciar una actividad en alturas cuando no exista una respuesta definida para una eventual caída o cuando el método de rescate no sea viable bajo las condiciones reales del trabajo.

La Resolución 4272 de 2021 exige que el riesgo de trabajo en alturas sea incorporado al plan de emergencias y que exista un plan de rescate practicado y verificado.

24 INSPECCIONES Y SUPERVISIÓN

El Coordinador de Trabajo en Alturas, en conjunto con el responsable de SST y los responsables de los frentes de trabajo, realizará las verificaciones necesarias para comprobar el cumplimiento del programa.

Las inspecciones podrán incluir:

- Condiciones del frente de trabajo.
- Sistemas de acceso.
- Sistemas de protección.
- Equipos de protección personal.
- Puntos de anclaje.
- Barandas.
- Aberturas.
- Líneas de vida.
- Permisos de trabajo.
- Condiciones del trabajador.
- Señalización y demarcación.
- Control de caída de objetos.
- Cumplimiento de procedimientos.

Los hallazgos deberán generar las acciones correctivas o de mejora correspondientes.

25 PROHIBICIONES

Para el desarrollo de trabajos en alturas se establecen, entre otras, las siguientes prohibiciones:

- Realizar trabajos en alturas sin autorización.
- Utilizar equipos de protección contra caídas deteriorados o que hayan sido retirados de servicio.
- Utilizar elementos improvisados como sistemas de protección o anclaje.
- Modificar equipos sin autorización del fabricante o persona competente.
- Trabajar sobre superficies inestables.
- Retirar barandas o protecciones sin establecer controles equivalentes.
- Desplazarse fuera de las zonas protegidas.
- Lanzar materiales, herramientas o residuos desde niveles superiores.
- Trasladar andamios móviles con trabajadores sobre ellos.
- Ingresar a zonas demarcadas como restringidas sin autorización.
- Ejecutar trabajos bajo condiciones ambientales que comprometan la seguridad.
- Realizar trabajos en alturas sin disponer de un mecanismo de respuesta ante una emergencia.

26 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Frecuencia	Responsable	Registro
Identificación y actualización de tareas con riesgo de caída	Al inicio y cuando existan cambios	Responsable SG-SST / Coordinador TA	Matriz de peligros
Verificación de trabajadores autorizados	Antes de asignar la tarea	Responsable SG-SST / Coordinador TA	Registro de personal autorizado
Inducción y capacitación	Ingreso y según programación	Responsable SG-SST / personal competente	Registro de capacitación
Inspección preuso de equipos	Antes de cada utilización	Trabajador autorizado	Lista de chequeo
Inspección de sistemas de acceso	Según fabricante y programación	Responsable designado / Coordinador TA	Formato de inspección

Diligenciamiento de permisos de trabajo	Cada trabajo que lo requiera	Trabajador / Coordinador TA	Permiso de trabajo
Verificación de condiciones del área	Antes y durante la actividad	Coordinador TA	Lista de chequeo
Inspecciones de SST	Según plan de inspecciones	Responsable SG-SST	Informe de inspección
Revisión del plan de rescate	Según programación y cambios	Responsable SG-SST / Coordinador TA	Registro de revisión
Simulacro o práctica de rescate	Según programación del proyecto	Responsable SG-SST / Brigada	Evaluación de simulacro
Evaluación del programa	Mínimo anual y cuando se requiera	Responsable SG-SST	Informe de evaluación

***Tabla 3**. Cronograma de actividades*
Fuente: Producción propia

27 INDICADORES

El seguimiento del programa se realizará mediante indicadores que permitan verificar la ejecución de las actividades y detectar oportunidades de mejora.

27.1 Cumplimiento de inspecciones de equipos

Fórmula:

Número de inspecciones ejecutadas / Número de inspecciones programadas × 100

27.2 Cumplimiento de capacitación en trabajo en alturas

Fórmula:

Número de trabajadores que cumplen los requisitos de capacitación / Número de trabajadores que requieren autorización para trabajo en alturas × 100

27.3 Cumplimiento de permisos de trabajo

Fórmula:

Número de trabajos en alturas con permiso correctamente diligenciado / Número de trabajos en alturas que requieren permiso × 100

27.4 Cumplimiento de inspecciones de sistemas de acceso

Fórmula:

Número de sistemas de acceso inspeccionados / Número de sistemas de acceso programados para inspección × 100

27.5 Incidentes y accidentes asociados a trabajo en alturas

Se realizará seguimiento a la ocurrencia de incidentes y accidentes relacionados con trabajo en alturas, analizando causas, controles existentes y acciones implementadas.

Los resultados deberán ser analizados periódicamente para determinar la necesidad de ajustes al programa.

ESTADO DE REVISIÓN	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ	Paula Juliana Sánchez Rodriguez	Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo	
APROBÓ	Marlon Gustavo Conde Benavides	Director de Obra	

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT

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

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

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

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido Desde 15/09/2026 Hora 7:00am Hasta 19/09/2026 Hora 5:00pm

1.3 Obra y Lugar donde se realiza el trabajo: Nuestra señora de las Lajas

1.4 Contratista: COBE

1.5 Descripción de la actividad a realizar: Desmonte de Ventaneria, aparatos sanitarios, puertas, barandas, instalación de cerramiento en lona y zinc

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

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

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

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

SECUENCIA ORDENADA DE PASOS (Procedimiento)		PELIGRO (Fuente o Situación)	CONSECUENCIAS	CONTROLES REQUERIDOS (Preventivos, Proyectivos y Reactivos)
1. Alistamiento de herramientas manuales 2. Entrega de EPP 3. Desmonte de Ventaneria, aparatos sanitarios, puertas, barandas, instalación de cerramiento en lona y zinc 4. Orden y aseo	BIOLÓGICO	☐ Bacterias, virus, hongos. Contacto con fluidos corporales y secreciones.	☐ Infecciones respiratorias, gastrointestinales y cutáneas; enfermedades contagiosas; incapacidad temporal.	☐ Protocolos de bioseguridad, higiene de manos, limpieza y desinfección, ventilación adecuada, restricción de personal sintomático y uso de EPP
		☐ Inhalación de virus.	☐ Infecciones respiratorias, enfermedades contagiosas, incapacidad temporal y complicaciones respiratorias.	☐ Ventilación adecuada, protocolos de bioseguridad, distanciamiento cuando aplique, higiene de manos y uso de tapabocas o protección respiratoria
	FÍSICOS	☒ Ruido	☒ Pérdida auditiva progresiva, fatiga, estrés, disminución de la concentración, cefaleas, alteraciones del sueño y accidentes por falta de percepción de señales de alerta	☒ Control del ruido en la fuente y el medio, mantenimiento de equipos, señalización de áreas ruidosas, limitación del tiempo de exposición, capacitación al trabajador y uso obligatorio de protección auditiva (tapones y orejeras)
		☐ Iluminación inadecuada	☐ Fatiga visual, dolores de cabeza, disminución de la concentración, errores operativos, posturas forzadas y aumento del riesgo de accidentes	☐ Adecuada distribución y nivel de iluminación, mantenimiento de luminarias, control de deslumbramientos y sombras, uso de iluminación artificial complementaria, pausas visuales y capacitación al trabajador
		☐ Temperaturas extremas y humedad	☐ Golpe de calor, deshidratación, fatiga, estrés térmico, quemaduras, hipotermia, disminución del rendimiento y aumento del riesgo de accidentes	☐ Control de la exposición al calor o frío, ventilación o abrigo adecuado, pausas activas, hidratación permanente, adecuación de horarios, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
		☐ Radiación no ionizante (UV)	☐ Irritación ocular y cutánea, fatiga visual, cefaleas, quemaduras leves, alteraciones en la visión y molestias generales	☐ Control de la fuente de radiación, señalización de áreas expuestas, limitación del tiempo de exposición, mantenimiento de equipos, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal según aplique
		☒ Vibraciones	☒ Trastornos musculoesqueléticos, lesiones osteoarticulares, entumecimiento de extremidades, fatiga, alteraciones circulatorias y disminución del control de herramientas	☒ Mantenimiento de equipos, control de la exposición, adecuación de herramientas, pausas activas, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal
	QUÍMICO	☒ Polvos orgánicos, inorgánicos, fibras, líquidos (nieblas y rocios)	☒ Irritación de vías respiratorias, ojos y piel, alergias, enfermedades respiratorias, intoxicaciones, disminución de la capacidad pulmonar y malestar general	☒ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, humectación de superficies, orden y aseo, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria y ocular según el nivel de exposición
		☐ Inhalación de gases, humos metálicos y no metálicos y vapores	☐ Irritación y daño de las vías respiratorias, intoxicaciones agudas o crónicas, mareos, cefaleas, dificultad respiratoria, enfermedades pulmonares y pérdida de la capacidad laboral	☐ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, sustitución de sustancias cuando sea posible, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria según el riesgo
		☒ Inhalación de material particulado.	☒ Irritación de vías resporatorias, tos, alergias, enfermedades pulmonares, disminución de la capacidad respiratoria, fatiga y malestar general	☒ Control en la fuente y el medio, ventilación adecuada, humectación de superficies, orden y aseo, capacitación al trabajador y uso de protección respiratoria y ocular según el nivel de exposición
	PSICOSOCIAL	☒ Condiciones intralaborales	☒ Estrés laboral, fatiga mental, ansiedad, disminución del rendimiento, conflictos laborales, errores operativos y afectaciones a la salud mental	☒ Organización adecuada del trabajo, definición clara de funciones, pausas activas, comunicación efectiva, capacitación, acompañamiento psicosocial y promoción de un ambiente laboral saludable
	BIOMECÁNICO	☒ Posturas prolongadas, mantenidas, forzadas	☒ Dolores musculares y articulares, trastornos musculoesqueléticos, fatiga física, lesiones osteomusculares, disminución del rendimiento y ausentismo laboral	☒ Alternancia de posturas, pausas activas, adecuación de herramientas, capacitación al trabajador
		☒ Manipulación que incluya levantamiento, descenso, transporte, tracción o empuje de objetos pesados	☒ Lesiones musculoesqueléticas, lumbalgias, hernias, fatiga física, golpes y aumento del riesgo de accidentes	☒ Evaluación del peso y la tarea, uso de ayudas mecánicas, técnicas adecuadas de manipulación, trabajo en equipo, pausas activas, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal cuando aplique
		☒ Movimiento repetitivo	☒ Trastornos musculoesqueléticos, tendinitis, síndrome del túnel carpiano, fatiga muscular, dolor crónico y disminución del rendimiento laboral	☒ Rotación de tareas, pausas activas, adecuación de herramientas, organización del trabajo, capacitación al trabajador y seguimiento a las condiciones del puesto
	MECÁNICO	☒ Mecánicos: golpes, atrapamiento,manipulación de herramientas corto punzantes, proyección de partículas, superficies calientes	☒ Golpes, cortaduras, amputaciones, quemaduras, lesiones oculares, atrapamientos, fracturas y accidentes graves	☒ Protecciones en equipos y herramientas, orden y aseo, señalización de áreas de riesgo, procedimientos seguros de trabajo, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal según la tarea
		☒ Eléctrico	☒ Choque eléctrico, quemaduras, electrocución, incendios, lesiones graves y muerte	☒ Aislamiento y señalización de instalaciones eléctricas, mantenimiento preventivo, uso de herramientas y equipos certificados, procedimientos seguros de trabajo, bloqueo y etiquetado cuando aplique, capacitación al trabajador y uso de elementos de protección personal

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

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

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

2.2 EPP - SEÑALIZACIÓN Verificar

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

Ropa			
Ropa de trabajo	☒	NO	NA
Overol Ignífugo, Categoría:	SI	NO	NA
Peto	SI	NO	NA
Mangueras	SI	NO	NA
Polainas	SI	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA
Protección respiratoria			
Respirador con cartuchos para:	SI	NO	NA
Mascarilla desechable para:	☒	NO	NA
Otro (Cual)	SI	NO	NA
Protección cabeza			
Casco Tipo_ Clase_ SIN_ CON_ Barboquejo	☒	NO	NA
Chuvo en tela o carnaza	SI	NO	NA

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

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

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

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

SECCIÓN 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCIÓN 4- FIRMAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Jhonny F. Morales	98.381.982	maestro	—	Jhonny Morales	Jhonny Morales	Jhonny Morales	Jhonny Morales	Jhonny Morales	—
Juan Carlos Lopez	98.396.628	Ayudante	—	Juan Lopez	Juan Lopez	Juan Lopez	Juan Lopez	Juan Lopez	—
Gustavo Achicanoy	1.004.299.325	Ayudante	—	Gustavo Achicanoy	Gustavo	Gustavo	Gustavo	Gustavo	—

SECCIÓN 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Paula Sanchez	1110590333	SST	—	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	—

CS Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT

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

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

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

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido Desde: 23 / 09 / 2026 Hora: 7:00am Hasta: 26 / 09 / 2026 Hora: 5:00pm

1.3 Obra y lugar donde se realiza el trabajo: Iglesia Señora de las Lajas

1.4 Contratista: COBE

1.5 Descripción de la actividad a realizar: Desmonte de tejas, tubería electrica existente y cerchas

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

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

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

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

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

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

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

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

2.2 EPP - SEÑALIZACIÓN Verificar

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

Ropa	SI	NO	NA
Ropa de trabajo	☒		
Overol Ignifugo, Categoría			☒
Peto			☒
Manguillas			☒
Polainas			☒
Otro (Cual)			☒

Protección respiratoria	SI	NO	NA
Respirador con cartuchos para:			☒
Mascarilla desechable para:	☒		
Otro (Cual)			☒

Protección cabeza	SI	NO	NA
Casco Tipo _ Clase _ BN_ CON_ Barbuquejo	☒		
Chavo en tela o carnaza			☒

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

Protección auditiva	SI	NO	NA
Tipo Inserción			☒
Tipo copa			☒

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

Protección facial y ocular	SI	NO	NA
Careta lente neutro			☒
Monogafas / Gafas	☒		
Gafas de cortesía			☒
Careta de soldador			☒
Careta de dieléctrica, clase			☒
Otro (Cual)			☒

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

Barrera/Señales de advertencia	SI	NO	NA
Peligro Trabajo en altura	☒		
Precaución			☒
Demarcación Perimetral			☒
Otro (Cual)			☒

Guantes	SI	NO	NA
Protección mecánica	☒		
Proteccion dieléctrica			☒
Protección química			☒
Otro (Cual)			☒

Otros	SI	NO	NA
Tapete dieléctrico			☒
Peringa			☒
Otro (Cual)			☒

2.3 NOTIFICACIÓN: El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar — SI ☒ NO NA

2.4 EMERGENCIAS: Recordar y verificar

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

SECCIÓN 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCIÓN 4- FIRMAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Jhony morales	1.085.30[illegible]	oficial	—	—	Jhony morales	Jhony morales	—	Jhony Morales	—
Jhow mora	[illegible]	Ayudante	—	—	Jhow mora	Jhow mora	—	[illegible]	—
Juan carlos lopez	98396628	oficial	—	—	[signature]	[signature]	[signature]	[signature]	—

SECCIÓN 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

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

Escaneado con CamScanner

ANALISIS DE TRABAJO SEGURO

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT

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

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

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

1.2 Fecha de autorización del permiso: Valido Desde: 21 | 09 | 2026 Hora: 7:00am Hasta: 26 | 09 | 2026 Hora: 5:00pm

1.3 Obra y Lugar donde se realiza el trabajo: Nuestra señora de las Lajas

1.4 Contratista: COBE

1.5 Descripción de la actividad a realizar: Desmonte, retiro de vegetación menor existente, traslado de tejas a punto de acopio, desmonte de carpintería, desmonte de juegos infantiles, desmonte red electrica

SECCIÓN 2 -LAS LABORES INCLUYEN ACTIVIDADES DE ALTO RIESGO COMO

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

SECCIÓN - ETAPAS BÁSICAS PARA REALIZAR LA TAREA

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

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

Escaneado con CamScanner

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

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

2.2 EPP - SEÑALIZACIÓN Verificar — SI ☒ | NO | NA

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

Ropa	SI	NO	NA
Ropa de trabajo	☒		
Overol Ignifugo, Categoria	☐		
Peto	☐		
Manguillas	☐		
Polainas	☐		
Otro (Cual)	☐		

Protección respiratoria	SI	NO	NA
Respirador con cartuchos para:	☐		
Mascarilla desechable para:	☒		
Otro (Cual)	☐		

Protección cabeza	SI	NO	NA
Casco Tipo_ Clase_ SIN_ CON_ Barbuquejo	☒		
Chavo en lata o carnaza	☐		

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

Protección auditiva	SI	NO	NA
Tipo Inserción	☒		
Tipo copa	☐		

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

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

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

Barrera/Señales de advertencia	SI	NO	NA
Peligro Trabajo	☐		
Precaución	☐		
Demarcación Perimetral	☐		
Otro (Cual)	☐		

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

Otros	SI	NO	NA
Tapete dieléctrico	☐		
Pertiga	☐		
Otro (Cual)	☐		

2.3 NOTIFICACIÓN El personal del área potencialmente afectado y los trabajadores vecinos fueron notificados del trabajo a realizar — SI ☒ | NO | NA

2.4 EMERGENCIAS: Recordar y verificar

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

SECCIÓN 3- OBSERVACIONES / SUPERVISIÓN

SECCIÓN 4- FIRMAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Jhonny F. Morales	93.381.982	Maestro	Jhonny Morales	Jhonny Morales	Jhonny Morales	Jhonny Morales	Jhonny Morales	Jhonny Morales	—
Gustavo Achicanoy	1004299325	Auxiliar	Gustavo Achicanoy	Gustavo Achicanoy	Gustavo Achicanoy	Gustavo Achicanoy	Gustavo Achicanoy	Gustavo Achicanoy	—

SECCIÓN 5- AUTORIZACIONES DIARIAS

NOMBRES Y APELLIDOS	CÉDULA	CARGO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
Paula Sanchez	1143870333	SST	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	[firma]	—

Escaneado con CamScanner

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN LOCATIVA

Fecha de inspección: 21/09/2026	**Hora:**	8:09 a.m.	**Proyecto:**	Nuestra señora de las lajas

Inspección realizada por: Paula Sanchez

LISTA DE CHEQUEO

No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	PELIGROS FISICOS				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	X			
1.2	Las luminarias están en buen estado.			X	se encuentra en proceso de desmonte
1.3	Hay buena ventilación en el área.	X			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	X			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador)	X			
1.6	La temperatura es confortable.	X			
2	PELIGROS LOCATIVOS				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin gnetas, sin humedad, pintura buen estado).	X			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).	X			
	Pisos en buen estado.	X			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).			X	se encuentra en proceso de desmonte
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).			X	Se encuentra en proceso de desmonte
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen, etc).	X			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	X			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.			X	
3	PELIGROS ELÉCTRICOS				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.			X	se encuentra en proceso de retiro red
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.			X	
3.3	Tomas e interruptores en buen estado			X	
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.			X	no dispone de energia
3.5	Cables en buen estado.			X	Se realizó el debido retiro existente
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	X			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	X			
3.8	Existe señalización de peligros.		X		Se encuentra en proceso
4	PELIGROS DE SEGURIDAD				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.			X	Se encuentra en proceso de cotización
4.2	Extintores de carga vigente.			X	
4.3	Extintores libre de obstaculos.			X	
4.4	Existe señalización de extintores.			X	
	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.			X	
	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	X			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	X			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).			X	Se encuentra en proceso de cotización
4.9	Hay botiquín y control de consumo.			X	Se encuentra en proceso de cotización
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	X			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	X			
5	PELIGROS BIOLOGICOS				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	X			
6	PELIGROS BIOMECANICO				
6.1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	X			
7	ORDEN Y ASEO				
7.1	El área se encuentra organizada.	X			
7.2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	X			
7.3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.			X	
7.4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	X			
8	SANEAMIENTO BASICO				
8.1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza.	X			
8.2	Luminarias de baños en buen estado.	X			
8.3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	X			
8.4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	X			
8.5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	X			
9	PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)				
9.1	Los funcionanos cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	X			
9.2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	X			

Scanned with CamScanner

9.3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	X			
9.4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	X			
9.5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	X			

OBSERVACIONES

Firma responsable inspección

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

INSPECCIÓN ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL

FECHA: 25/09/2026

AREA INSPECCIONADA: Nestra Jercia de las Lajas - Bloque 5

NOMBRE DE QUIEN REPORTA: Paula Sanchez

B BUEN ESTADO - R REGULAR - M MAL ESTADO - N/A NO APLICA

No.	NOMBRE	CARGO	ELEMENTO DE PROTECCIÓN PERSONAL									¿CUMPLE CON EL USO DEL EPP?		OBSERVACIONES
			ROPA DE TRABAJO	CASCO CON BARBUQUEJO	GUANTES DE CARNAZA O VAQUETA	GUANTES DE CAUCHO	BOTA DE SEGURIDAD	BOTAS DE CAUCHO	PROTECCIÓN RESPIRATORIA	PROTECCIÓN AUDITIVA	GAFAS PROTECTORAS	SI	NO	
1.	John Mauricio M.	Oficial	B	B	B	N/A	B	N/A	B	N/A	B	X		
2.	Jonfreidy Maia	Ayudante	B	B	B	N/A	B	N/A	B	N/A	B	X		
3.	Heider Gustavo D.	Ayudante	B	B	B	N/A	B	N/A	B	N/A	B	X		
4.	Juan Carlos Lopez	Ayudante	B	B	B	N/A	B	N/A	B	N/A	B	X		
5.	Johnny Francisco M.	Maestro	B	B	B	N/A	B	N/A	B	N/A	B	X		
6.														
7.														
8.														
9.														
10.														
11.														
12.														
13.														
14.														
15.														
16.														
17.														
18.														
19.														
20.														
21.														
22.														
23.														
24.														
25.														
26.														
27.														
28.														
29.														
30.														

ACCIONES A IMPLEMENTAR	FECHA DE CIERRE	RESPONSABLE

FIRMA

RESPONSABLE DE LA INSPECCION

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT

INSPECCIÓN DE PRE USO DE EQUIPOS DE ALTURAS

		MES	AÑO
ARNES Nº: A354120	ESLINGA Nº: 9431536	SERIE / NUMERO: EAH-LP-PD	09	2026
CENTROS DE TRABAJO:		NOMBRE COLABORADOR: Johnny Mauricio Morales		

ITEM	PARTES DEL ARNES	DIAS DEL MES																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	CORREAS Y COSTURAS																															
1	CORREAS COMPLETAS																							C	C		C		C	C		
2	COSTURAS																							C	C		C		C	C		
3	SIN HILACHAS O FIBRAS SUELTAS																							C	C		C		C	C		
4	SIN CORTADAS O FISURAS																							C	C		C		C	C		
5	SIN CORROSION DE ACIDOS O QUIMICOS																							C	C		C		C	C		
6	SIN QUEMADURAS																							C	C		C		C	C		
7	SIN SOBRE-ESTIRAMIENTOS																							C	C		C		C	C		
8	SIN EXPOSICION A PRODUCTOS QUIMICOS																							C	C		C		C	C		
B	HERRAJES																															
1	HERRAJES COMPLETOS																							C	C		C		C	C		
2	SIN DEFORMIDADES O DESGASTE EXCESIVO																							C	C		C		C	C		
3	SIN FISURAS O GRIETAS																							C	C		C		C	C		
4	ASEGURADOS ADECUADAMENTE																							C	C		C		C	C		
5	SIN CORROSION U OXIDACION																							C	C		C		C	C		
6	PICADURAS, GRIETAS																							C	N		N		N	N		
7	CUENTA CON ETIQUETA DE CERTIFICACION																							C	C		C		C	C		
C	ESLINGA																															
1	ESLINGA																							C	C		C		C	C		
2	MOSQUETONES EN BUEN FUNCIONAMIENTO																							C	C		C		C	C		
3	AMORTIGUADOR DE IMPACTO (COMPACTO)																							C	C		C		C	C		
4	COSTURAS																							C	C		C		C	C		
5	SIN HILACHAS O FIBRAS SUELTAS																							C	C		C		C	C		
6	SIN CORTADAS O FISURAS																							C	C		C		C	C		
7	SIN CORROSION DE ACIDOS O QUIMICOS																							C	C		C		C	C		
8	SIN QUEMADURAS																							C	C		C		C	C		
9	CUENTA CON ETIQUETA DE CERTIFICACION																							C	C		C		C	C		
D	LINEA DE VIDA																															
1	MOSQUETONES DE ANCLAJE																															
2	MOSQUETONES EN BUEN FUNCIONAMIENTO																							C	C		C		C	C		
3	SIN CORROSION DE ACIDOS O QUIMICOS																							C	C		C		C	C		
4	COSTURAS																							C	C		C		C	C		
5	SIN HILACHAS O FIBRAS SUELTAS																							C	C		C		C	C		
6	SIN CORTADAS O FISURAS																							C	C		C		C	C		
7	PRESENTA DESGASTE																							C	C		C		C	C		
8	SIN DEFORMACION (DOBLADURAS ETC)																							C	C		C		C	C		
9	CUENTA CON ETIQUETA DE CERTIFICACION																							C	C		C		C	C		
10	CORTE O ROTURA DE TEJIDO																							C	C		C		C	C		
11	ESTIRAMIENTO EXCESIVO																							C	N		C		N	C		
12	SIN QUEMADURAS																							C	C		C		C	C		
RECUERDE: • RECUERDE MANTENER SU EQUIPO EN BUEN ESTADO. • ASEGURESE DE INSPECCIONAR COMPLETAMENTE SU EQUIPO A DIARIO. • INFORME OPORTUNAMENTE CUALQUIER DAÑO DE SU EQUIPO																							Johnny M	Johnny M		Johnny M		Johnny M	Johnny M		

EN LAS INSPECCIONES MARCAR:
C – CONFORME
N – NO CONFORME

Si se constata alguna anomalía, dellatarla al dorso de este formato, para que se realice la acción de corrección.

	REVISO	APROBÓ
NOMBRE Y APELLIDO	Paula Sanchez	
CARGO:	Profesional SST	
FIRMA:		

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT

INSPECCIÓN DE PRE USO DE EQUIPOS DE ALTURAS

		MES	AÑO
ARNES Nº: JECH01739	ESLINGA Nº:	SERIE / NUMERO:	09	2026
CENTROS DE TRABAJO:		NOMBRE COLABORADOR: John Freicy Mucia		

ITEM	PARTES DEL ARNES	DIAS DEL MES																												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	CORREAS Y COSTURAS																															
1	CORREAS COMPLETAS																							C	C	/	C	/	C	C		
2	COSTURAS																							C	C	/	C		C	C		
3	SIN HILACHAS O FIBRAS SUELTAS																							C	C	/	C	/	C	C		
4	SIN CORTADAS O FISURAS																							C	C	/	C	/	C	C		
5	SIN CORROSION DE ACIDOS O QUIMICOS																							C	C	/	C	/	C	C		
6	SIN QUEMADURAS																							C	C	/	C	/	C	C		
7	SIN SOBRE-ESTIRAMIENTOS																							C	C	/	C		C	C		
8	SIN EXPOSICION A PRODUCTOS QUIMICOS																							C	C	/	C		C	C		
B	HERRAJES																															
1	HERRAJES COMPLETOS																							C		/	C	/	C	C		
2	SIN DEFORMIDADES O DESGASTE EXCESIVO																							C	C	/	C	/	C	C		
3	SIN FISURAS O GRIETAS																							C	C	/	C	/	C	C		
4	ASEGURADOS ADECUADAMENTE																							C	C	/	C		C	C		
5	SIN CORROSION U OXIDACION																							C	C	/	C	/	C	C		
6	PICADURAS, GRIETAS																							N	N	/	N	/	N	N		
7	CUENTA CON ETIQUETA DE CERTIFICACION																							C	C	/	C		C	C		
C	ESLINGA																															
1	ESLINGA																															
2	MOSQUETONES EN BUEN FUNCIONAMIENTO																							C	C	/	C	/	C	C		
3	AMORTIGUADOR DE IMPACTO (COMPACTO)																							C	C	/	C		C	C		
4	COSTURAS																							C	C		C		C	C		
5	SIN HILACHAS O FIBRAS SUELTAS																							C	C	/	C	/	C	C		
6	SIN CORTADAS O FISURAS																							C	C	/	C	/	C	C		
7	SIN CORROSION DE ACIDOS O QUIMICOS																							C	C	/	C	/	C	C		
8	SIN QUEMADURAS																							C	C		C		C	C		
9	CUENTA CON ETIQUETA DE CERTIFICACION																							C	C		C		C	C		
D	LINEA DE VIDA																															
1	MOSQUETONES DE ANCLAJE																															
2	MOSQUETONES EN BUEN FUNCIONAMIENTO																							C	C	/	C	/	C	C		
3	SIN CORROSION DE ACIDOS O QUIMICOS																							C	C	/	C	/	C	C		
4	COSTURAS																							C	C		C		C	C		
5	SIN HILACHAS O FIBRAS SUELTAS																							C	C	/	C		C	C		
6	SIN CORTADAS O FISURAS																							C	C	/	C	/	C	C		
7	PRESENTA DESGASTE																							C	C	/	C	/	C	C		
8	SIN DEFORMACION (DOBLADURAS ETC)																							C	C	/	C	/	C	C		
9	CUENTA CON ETIQUETA DE CERTIFICACION																							C	C	/	C		C	C		
10	CORTE O ROTURA DE TEJIDO																							C	C	/	C		C	C		
11	ESTIRAMIENTO EXCESIVO																							N	N	/	N	/	N	N		
12	SIN QUEMADURAS																							C	C	/	C	/	C	C		

RECUERDE:
- RECUERDE MANTENER SU EQUIPO EN BUEN ESTADO.
- ASEGURESE DE INSPECCIONAR COMPLETAMENTE SU EQUIPO A DIARIO.
- INFORME OPORTUNAMENTE CUALQUIER DAÑO DE SU EQUIPO

EN LAS INSPECCIONES MARCAR:
C – CONFORME
N – NO CONFORME

Si se constata alguna anomalía, dellatarla al dorso de este formato, para que se realice la acción de corrección.

	REVISO	APROBÓ
NOMBRE Y APELLIDO	Paula Sanchez	
CARGO:	Profesional SST	
FIRMA:		

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

FECHA: 22 de Septhembre de 2026

HORA: 7:39 a.m.

FRENTE DE OBRA: Nuestra señora de las Lajas

CONTRATISTA: COBE

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

Scanned with CamScanner

CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT

INSPECCIÓN DE HERRAMIENTAS Y EQUIPOS

FECHA: 22 de septiembre de 2026

HORA: 7:38 a.m.

FRENTE DE OBRA: Nuestra Señora de las Lajas

CONTRATISTA: COBE

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

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

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

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

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
John Freidy Maia	C.C.	1.085.249.610	Auxiliar	Nuestra Señora de las Lajas

COMPROMISO

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

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979. Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979. Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, guantes de nitrilo, gafas	1	15/09/2026	
2	Guantes de nitrilo	1	18/09/2026	
3	Guantes de nitrilo, tapa bocas	1	22/09/2026	
4	Guantes de carnaza	1	26/09/2026	
5	Jean y botas	1	26/09/2026	
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Escaneado con CamScanner

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

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Johnny Mauricio Morales Diaz	C.C.	1.085.306.188	Oficial	Nuestra Señora de las Lajas

COMPROMISO

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

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979. Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, guantes de nitrilo, gafas	1	15/09/2026	Jhony Morales
2	Guantes de nitrilo	1	18/09/2026	Jhony Morales
3	Guantes de nitrilo, tapa bocas	1	22/09/2026	Jhony Morales
4	Guantes de carnaza	1	26/09/2026	Jhony Morales
5	Jean y botas	1	26/09/2026	Jhony Morales.
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

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

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	**CLASE DE DOCUMENTO**	**No DE DOCUMENTO**	**CARGO**	**UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:**
Heider Gustavo Achicanoy M.	C.C.	1.004.299.325	Auxiliar	Nuestra Señora de las Lajas

COMPROMISO

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

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad: LEY 9 DE 1979. Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979. Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, guantes de nitrilo, gafas	1	18/09/2026	Gustavo Achicanoy
2	Guantes de nitrilo	1	22/09/2026	Gustavo Achicanoy
3	Guantes de nitrilo, tapa bocas	1	24/09/2026	Gustavo Achicanoy
4	Guantes de nitrilo, guantes carnaza	1	25/09/2026	Gustavo Achicanoy
5	Jean, botas	1	25/09/2026	Gustavo Achicanoy
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

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

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Yany Francisco Morales Botina	C.C.	98.381.982	Maestro	Nuestra señora de las Lajas

COMPROMISO

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, guantes nitrilo, gafas	1	15/09/2026	Jhony Morales
2	Guantes de nitrilo	1	18/09/2026	Jhony Morales
3	Guantes de nitrilo, tapa bocas	1	22/09/2026	Jhony Morales
4	Guantes de nitrilo, guantes carnaza	1	25/09/2026	Jhony Morales
5	Jean, botas	1	25/09/2026	Jhony Morales
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

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

DATOS DEL FUNCIONARIO (A)				
NOMBRE Y APELLIDO	CLASE DE DOCUMENTO	No DE DOCUMENTO	CARGO	UNIDAD DE GESTIÓN A LA QUE PERTENECE:
Juan Carlos Lopez Calvache	C.C.	98.396.628	Auxiliar	Nuestra Señora de las Lajas

COMPROMISO

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

"El uso de los equipos y elementos de protección personal (incluyendo ropa de trabajo) está enmarcado en la siguiente normatividad LEY 9 DE 1979: Art. 122, sobre elementos de protección personal: "a- Los empleadores están obligados a proporcionar a cada trabajador, sin costo para este, elementos de protección personal" RESOLUCIÓN 2400 de 1979: Son obligaciones de los trabajadores: Utilizar y mantener adecuadamente las instalaciones de la empresa, los elementos de trabajo, los dispositivos para el control de riesgos y los equipos de protección personal que el patrono suministre, y conservar el orden y aseo en los lugares de trabajo.

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

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

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)

ITEM	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	FECHA	FIRMA RECIBIDO
1	Casco, guantes nitrilo, gafas	1	15/09/2026	Juan Lopez C
2	Guantes de nitrilo	1	18/09/2026	Juan Lopez C
3	Barbuquejo	1	21/09/2026	Juan Lopez C
4	Guantes de nitrilo, tapa bocas	1	22/09/2026	Juan C Lopez C
5	Guantes de nitrilo, guantes cairaza	1	25/09/2026	Juan C Lopez C
6	Jean, botas	1	25/09/2026	Juan C Lopez C
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				

Escaneado con CamScanner

Scanned with CamScanner

PLAN DE PREVENCIÓN, PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE EMERGENCIAS

CONTRATO DE OBRA No. PN DIBIE 08-6-16031-26

“DEMOLICIÓN, CONSTRUCCIÓN, DOTACIÓN Y DEMÁS ACTIVIDADES PARA LA EJECUCIÓN DE LAS FASES 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS EN LA CIUDAD DE SAN JUAN DE PASTO”

2026

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 5
2. OBJETIVOS 5
2.1 Objetivo general 5
2.2 Objetivos específicos 6
3. ALCANCE 6
4. DEFINICIONES 7
5. MARCO LEGAL 8
6. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO 8
7. IDENTIFICACIÓN DE AMENAZAS 9
7.1 Amenazas naturales 9
7.2 Amenazas tecnológicas 9
7.3 Amenazas sociales 10
8. ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD 10
8.1 Personas 10
8.2 Recursos 10
8.3 Procesos 11
8.4 Relación con la comunidad educativa 11
9. ESCENARIOS DE EMERGENCIA 11
10. RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS 12
11. RESPUESTA Y COORDINACIÓN ANTE EMERGENCIAS 12
12. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS NORMALIZADOS -PON 13
12.1 Incendio o conato 13
12.2 Sismo 14
12.3 Accidente grave 14
12.4 Emergencia eléctrica 14
12.5 Emergencia en excavaciones 15

12.6 Caída de altura 15
12.7 Derrame 15
12.8 Emergencia médica 15
12.9 Tormenta eléctrica 15
13. EVACUACIÓN 16
13.1 Procedimiento general 16
13.2 Rutas de salida 16
13.3 Punto de encuentro 16
13.4 Control de trabajadores 16
13.5 Relación con la evacuación del colegio 17
14. COMUNICACIÓN DURANTE UNA EMERGENCIA 17
15. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO 17
16. SIMULACROS 18
17. RECUPERACIÓN POSTERIOR A LA EMERGENCIA 18
18. INSPECCIÓN DE LOS RECURSOS DE EMERGENCIA 19

Lista de Tablas

Tabla 1. Información Proyecto 8
Tabla 2. Amenazas Naturales 9
Tabla 3. Escenarios de emergencia 12
Tabla 4. Recursos para atención de emergencias 12
Tabla 5. Capacitación y entrenamiento 18
Tabla 6. Inspección recursos de emergencia 19

1. INTRODUCCIÓN

La ejecución del proyecto **"DEMOLICIÓN, CONSTRUCCIÓN Y DOTACIÓN DE LAS FASES 1 Y 2 DEL COLEGIO NUESTRA SEÑORA DE LAS LAJAS"** comprende actividades de demolición, excavación, cimentación, construcción de estructuras, instalaciones, acabados, obras exteriores y demás trabajos propios del desarrollo de una obra civil.

Las características de estas labores implican la presencia de diferentes condiciones de riesgo asociadas al uso de maquinaria y herramientas, trabajos en alturas, excavaciones, actividades eléctricas, manipulación de materiales, movimientos de tierra, demolición de elementos existentes y ejecución simultánea de diferentes frentes de trabajo.

A esta condición se suma una particularidad relevante para la preparación ante emergencias: la institución educativa continuará en funcionamiento durante el desarrollo de la obra. Por esta razón, las medidas de respuesta deben considerar la separación entre las zonas de construcción y los espacios utilizados por estudiantes, docentes, personal administrativo y visitantes.

El presente Plan de Prevención, Preparación y Respuesta ante Emergencias reúne las medidas y procedimientos necesarios para actuar frente a situaciones que puedan comprometer la seguridad de las personas, afectar las instalaciones o interrumpir el desarrollo normal de las actividades.

Su aplicación parte de la identificación de las amenazas presentes en el proyecto, la disponibilidad de recursos para una respuesta inicial, la asignación de responsabilidades y la definición de procedimientos de actuación frente a los eventos que, por las características de la obra, pueden presentar mayor relevancia.

La preparación se complementará con actividades de capacitación, ejercicios de evacuación, inspección de los recursos disponibles y revisión de las condiciones que puedan modificar la respuesta inicialmente prevista.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Preparar al personal vinculado al proyecto para responder de manera organizada y segura ante situaciones de emergencia, reduciendo la posibilidad de lesiones, pérdidas humanas, daños a la infraestructura y afectaciones a las actividades desarrolladas dentro de la institución educativa.

2.2 Objetivos específicos

- Reconocer las amenazas naturales, tecnológicas y sociales que pueden presentarse durante la ejecución de la obra.
- Identificar las condiciones de vulnerabilidad relacionadas con las personas, los recursos disponibles y las actividades constructivas.
- Definir responsabilidades para la atención inicial de emergencias y la coordinación de las acciones de respuesta.
- Disponer de procedimientos de actuación frente a incendios, sismos, accidentes graves, emergencias eléctricas, eventos en excavaciones, caídas de altura, derrames y demás escenarios relevantes para el proyecto.
- Facilitar una evacuación ordenada del personal de la obra cuando las condiciones lo requieran.
- Mantener mecanismos de comunicación con la institución educativa ante situaciones que puedan trascender las áreas de construcción.
- Preparar al personal mediante capacitación y simulacros que permitan familiarizarlo con los procedimientos de emergencia.
- Evaluar los resultados de las emergencias y ejercicios realizados para introducir los ajustes que resulten necesarios.

3. ALCANCE

Este documento aplica a las actividades desarrolladas dentro de las áreas destinadas a la ejecución del proyecto, desde las labores preliminares y de demolición hasta la construcción, instalaciones, acabados, obras exteriores, aseo y entrega de las áreas intervenidas.

Su contenido está dirigido a trabajadores, contratistas, subcontratistas, proveedores, visitantes y demás personas que ingresen a las zonas bajo control del proyecto.

La preparación ante emergencias contempla una condición particular del lugar: las actividades académicas del colegio continuarán durante la construcción. En consecuencia, las zonas de trabajo permanecerán delimitadas y con acceso controlado, procurando que los desplazamientos de trabajadores y maquinaria no interfieran con la circulación habitual de la comunidad educativa.

Cuando un evento tenga capacidad de afectar áreas externas al frente de obra, la comunicación con el personal designado por el colegio será prioritaria, con el fin de facilitar una respuesta coordinada.

El presente plan contempla las fases de prevención, preparación, respuesta y recuperación frente a emergencias de origen natural, tecnológico y social.

4. DEFINICIONES

Alarma: señal mediante la cual se comunica la presencia de una situación que requiere atención o la salida de las personas de un área determinada.

Amenaza: evento o condición con capacidad de ocasionar lesiones, daños materiales, pérdidas o afectaciones al ambiente.

Brigada de emergencias: grupo de trabajadores que recibe preparación para desarrollar acciones iniciales de respuesta dentro de sus competencias.

Conato de incendio: fuego en etapa inicial que puede ser controlado utilizando los medios disponibles, siempre que la intervención no represente un peligro para quien la realiza.

Emergencia: situación que altera el desarrollo normal de las actividades y requiere una respuesta inmediata.

Evacuación: salida organizada de las personas desde un área expuesta hacia un lugar considerado seguro.

Punto de encuentro: lugar previamente definido para reunir a las personas evacuadas y facilitar su identificación y control.

Ruta de evacuación: recorrido destinado al desplazamiento de las personas desde el lugar donde se encuentran hasta una zona segura.

Vulnerabilidad: características de las personas, instalaciones, recursos o procesos que pueden incrementar las consecuencias de una amenaza.

Zona segura: espacio donde las personas pueden permanecer temporalmente mientras se controla la situación de emergencia.

5. MARCO LEGAL

El presente plan toma como referencia las disposiciones colombianas relacionadas con seguridad y salud en el trabajo, gestión del riesgo y prevención y atención de emergencias.

Entre las principales normas aplicables se encuentran:

- Ley 9 de 1979, Código Sanitario Nacional.
- Resolución 2400 de 1979, disposiciones sobre vivienda, higiene y seguridad en los establecimientos de trabajo.
- Ley 1523 de 2012, por la cual se adopta la Política Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres.
- Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, en lo relacionado con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- Resolución 0312 de 2019, Estándares Mínimos del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La identificación y seguimiento de los demás requisitos aplicables al proyecto se realizará mediante la matriz legal correspondiente al SG-SST.

6. INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN DEL PROYECTO

Razón social	CONSORCIO OBRAS NUSEFA DT
NIT	902.091.473-1
Representante legal	Carlos Andrés Salazar Tobón
Actividad económica	Construcción de obras de ingeniería civil / edificaciones – Riesgo V
ARL	Positiva
Centro de trabajo	Colegio NUSLA – Avenida Panamericana / Calle 2 Sur No. 33-19, San Juan de Pasto, Nariño
Número de trabajadores	Ingenieros y arquitectos en obra (5); personal operativo (10)
Responsable del SG-SST	Paula Juliana Sánchez Rodríguez – Licencia SST No. 3798; curso de 50 horas vigente
Jornada de trabajo	Jornada diurna, de acuerdo con la programación de obra y la jornada laboral pactada, en cumplimiento de la normatividad laboral vigente

***Tabla 1**. Información Proyecto*
Fuente: Producción propia

7. IDENTIFICACIÓN DE AMENAZAS

La identificación de amenazas considera las características de las actividades previstas, las condiciones propias de una obra civil y la permanencia de la comunidad educativa en sectores independientes del área de construcción.

7.1 Amenazas naturales

Entre los fenómenos naturales que pueden generar una situación de emergencia se consideran:

AMENAZA	POSIBLE AFECTACIÓN
Sismo	Caída de elementos, daños en estructuras, lesiones, atrapamientos y evacuación
Lluvias intensas	Inundaciones, acumulación de agua, afectación de excavaciones y suspensión de actividades
Tormenta eléctrica	Descargas eléctricas y riesgos para trabajos exteriores, estructuras metálicas y cubiertas
Vientos fuertes	Caída o desplazamiento de materiales, elementos temporales y objetos
Inestabilidad del terreno	Derrumbes, deslizamientos o afectación de excavaciones

Tabla 2. Amenazas Naturales
Fuente: Producción propia

7.2 Amenazas tecnológicas

Por las características de la obra se consideran relevantes:

- Incendios o conatos de incendio.
- Accidentes con maquinaria y equipos.
- Colapso o desprendimiento de elementos durante demoliciones.
- Derrumbes o atrapamientos en excavaciones.
- Accidentes eléctricos.
- Contacto con redes eléctricas existentes.
- Caídas desde altura.
- Caída de objetos o materiales.
- Derrames de sustancias.

- Accidentes durante movilización o izaje de materiales y equipos, cuando aplique.
- Fallas de equipos o instalaciones utilizadas durante la construcción.

7.3 Amenazas sociales

Se contemplan situaciones relacionadas con:

- Ingreso de personas no autorizadas a la zona de construcción.
- Hurto o vandalismo.
- Alteraciones del orden público.
- Conflictos o situaciones que puedan comprometer la seguridad del personal.
- Interferencia entre las actividades de obra y la circulación de personas ajenas al proyecto.

8. ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD

La vulnerabilidad del proyecto está relacionada con las condiciones que pueden dificultar una respuesta o incrementar las consecuencias de una emergencia.

Para este análisis se consideran tres aspectos: personas, recursos y procesos.

8.1 Personas

La capacidad de respuesta dependerá, entre otros factores, del conocimiento que tengan los trabajadores sobre las rutas de evacuación, los procedimientos de emergencia, los mecanismos de comunicación y las funciones asignadas.

El ingreso de personal nuevo, los cambios de frente y la rotación propia de una obra hacen necesario que la información básica de emergencias forme parte de la inducción y sea reforzada durante la ejecución.

8.2 Recursos

Los recursos destinados a la atención de emergencias deberán encontrarse ubicados en lugares conocidos por el personal, libres de obstáculos y en condiciones apropiadas para su utilización.

La cantidad y distribución podrán variar conforme avance la obra y cambien los frentes de trabajo.

8.3 Procesos

La ejecución simultánea de demolición, excavaciones, estructura, instalaciones eléctricas, trabajos en altura y demás actividades constructivas puede generar escenarios de emergencia diferentes en cada etapa.

Por esta razón, las condiciones del frente de trabajo serán tenidas en cuenta antes de iniciar actividades que impliquen una exposición significativa.

8.4 Relación con la comunidad educativa

La permanencia de estudiantes, docentes y trabajadores del colegio constituye una condición adicional para la preparación ante emergencias.

La obra deberá permanecer físicamente delimitada y con ingreso restringido. Las actividades que involucren maquinaria, materiales, demoliciones, excavaciones o movimientos de carga deberán desarrollarse evitando interferencias con las zonas de circulación y permanencia de la comunidad educativa.

Cuando una situación pueda extenderse fuera del área de construcción, se informará al responsable designado por el colegio para coordinar las medidas correspondientes.

9. ESCENARIOS DE EMERGENCIA

Los escenarios considerados como referencia para la preparación del proyecto son los siguientes:

ESCENARIO	CONSECUENCIAS POSIBLES
Incendio	Quemaduras, intoxicación por humo, lesiones, daños materiales
Sismo	Caída de elementos, atrapamientos, lesiones y daños estructurales
Demolición no controlada	Golpes, atrapamientos, caída de materiales y afectación de áreas cercanas
Derrumbe de excavación	Atrapamiento, golpes, lesiones graves
Accidente eléctrico	Electrocución, quemaduras, incendio
Caída de altura	Trauma, fracturas, lesiones graves
Accidente con maquinaria	Golpes, atrapamientos, aplastamientos
Derrame	Contacto con sustancias, contaminación y exposición
Emergencia médica	Lesiones o alteraciones súbitas de salud

Tormenta eléctrica	Descargas, caídas de objetos y afectación de actividades exteriores
Emergencia social	Alteración de las actividades, ingreso no autorizado o agresiones
Afectación de áreas del colegio	Exposición de terceros y necesidad de coordinación o evacuación

Tabla 3. *Escenarios de emergencia*
Fuente: Producción propia

10. RECURSOS PARA LA ATENCIÓN DE EMERGENCIAS

Los recursos disponibles para responder a una emergencia se ubicarán de acuerdo con la distribución de los frentes de trabajo y las condiciones de cada etapa constructiva.

RECURSO	UTILIDAD
Extintores	Atención inicial de conatos
Botiquín	Primeros auxilios
Camilla	Traslado de personas lesionadas
Elementos de comunicación	Aviso y coordinación de la emergencia
Señalización	Identificación de rutas, equipos y zonas de seguridad
Kit para derrames	Control inicial de derrames
Linternas	Apoyo ante baja visibilidad o fallas de energía
Listado de trabajadores	Verificación del personal durante evacuaciones

Tabla 4*. Recursos para atención de emergencias*
Fuente: *Producción propia*

La ubicación de estos elementos deberá reflejarse en el plano de emergencias y mantenerse acorde con la distribución real de la obra.

11. RESPUESTA Y COORDINACIÓN ANTE EMERGENCIAS

La respuesta estará encabezada por el personal designado por el contratista, teniendo en cuenta las competencias y funciones asignadas dentro del proyecto.

Coordinador de emergencias

Recibe la información del evento, determina las acciones iniciales, solicita ayuda externa cuando sea necesario y mantiene comunicación con los responsables del proyecto.

Responsable de evacuación

Orienta la salida del personal, revisa las áreas asignadas y comunica las novedades encontradas durante el desplazamiento.

Responsable de primeros auxilios

Presta atención inicial dentro de sus conocimientos y coordina la solicitud de asistencia médica cuando las condiciones del caso lo requieran.

Responsable de control de incendios

Atiende conatos utilizando los medios disponibles únicamente cuando la intervención pueda realizarse sin poner en peligro su integridad.

Trabajadores

Al identificar una situación de emergencia, deberán informar inmediatamente, suspender la actividad cuando corresponda y seguir las instrucciones impartidas.

Coordinación con el colegio

El contratista y la institución educativa deberán identificar sus respectivos responsables de comunicación.

Cuando un evento permanezca confinado dentro de la obra, la respuesta inicial corresponderá al personal del proyecto.

Si existe riesgo para las áreas ocupadas por estudiantes, docentes o trabajadores del colegio, la situación deberá comunicarse de inmediato al responsable de la institución para que ambas partes actúen conforme a sus respectivos procedimientos.

12. PROCEDIMIENTOS OPERATIVOS NORMALIZADOS -PON

12.1 Incendio o conato

Detección: quien observe humo, fuego o condiciones que puedan generar un incendio deberá informar inmediatamente.

Respuesta inicial: si se trata de un conato y existen condiciones seguras, el personal capacitado podrá utilizar el extintor correspondiente.

Si el fuego aumenta: abandonar la zona, informar al responsable de emergencias y solicitar asistencia a los organismos externos.

Evacuación: retirar al personal del área afectada y dirigirse al punto de encuentro.

Situación que afecte al colegio: comunicar inmediatamente al responsable de la institución educativa.

12.2 Sismo

Durante el movimiento sísmico se debe conservar la calma, alejarse de elementos que puedan caer y evitar desplazamientos innecesarios.

Finalizado el movimiento, el responsable de emergencias verificará las condiciones generales. Cuando exista peligro o se considere necesario, se procederá con la evacuación.

Las áreas afectadas permanecerán restringidas hasta realizar la evaluación correspondiente.

12.3 Accidente grave

La actividad en el área involucrada se suspenderá inmediatamente.

Se aislará el lugar para evitar nuevos accidentes y se solicitará atención médica.

Los primeros auxilios estarán a cargo de personal capacitado. No se movilizará a la persona lesionada cuando exista sospecha de una lesión grave, salvo que permanecer en el lugar represente un peligro mayor.

El evento será comunicado al responsable del SG-SST para las acciones posteriores.

12.4 Emergencia eléctrica

Ante una descarga, contacto eléctrico o falla que genere peligro, nadie deberá acercarse a la persona afectada mientras exista posibilidad de contacto con la fuente energizada.

La alimentación eléctrica deberá ser aislada por personal competente y autorizado.

Controlada la fuente, se prestará la atención inicial correspondiente y se solicitará asistencia médica.

12.5 Emergencia en excavaciones

Ante un derrumbe, atrapamiento o pérdida de estabilidad, las actividades se suspenderán y las personas que se encuentren en la zona de peligro serán retiradas.

No se permitirá el ingreso improvisado de trabajadores para realizar un rescate.

La zona permanecerá aislada hasta contar con condiciones adecuadas para efectuar la atención y, cuando corresponda, se solicitará apoyo especializado.

12.6 Caída de altura

Se asegurará el área para evitar que otros trabajadores resulten afectados.

Cuando exista una persona suspendida en un sistema de protección contra caídas, se aplicará el procedimiento de rescate definido para la actividad.

Se solicitará asistencia médica y se evitará manipular al lesionado sin la preparación necesaria.

12.7 Derrame

La zona será delimitada y se restringirá el acceso.

Siempre que resulte seguro hacerlo, se identificará el material involucrado y se utilizarán los elementos destinados para el control del derrame.

Los residuos generados serán manejados conforme a sus características y a los procedimientos ambientales del proyecto.

12.8 Emergencia médica

Se dará aviso al responsable de primeros auxilios y se realizará una valoración inicial.

Dependiendo de la condición encontrada, se solicitará atención médica o traslado a un servicio asistencial.

La persona afectada permanecerá acompañada y en un lugar seguro mientras llega la asistencia correspondiente.

12.9 Tormenta eléctrica

Ante la presencia de tormentas eléctricas se suspenderán las actividades que impliquen exposición en espacios abiertos, cubiertas, estructuras metálicas o lugares donde exista riesgo por descarga eléctrica.

El personal deberá trasladarse a una zona segura y esperar instrucciones antes de retomar las actividades.

13. EVACUACIÓN

13.1 Procedimiento general

Cuando una emergencia haga necesaria la evacuación, el personal suspenderá las actividades, dejará herramientas y equipos en condiciones seguras cuando el tiempo y las circunstancias lo permitan y se dirigirá por las rutas señalizadas hacia el punto de encuentro.

La prioridad será salir de la zona de peligro sin correr, empujar ni devolverse.

13.2 Rutas de salida

Las rutas serán definidas según la distribución real de cada etapa de la obra.

No podrán utilizarse como zonas de almacenamiento ni permanecer obstruidas por materiales, herramientas, equipos o residuos.

Los cambios en los frentes de trabajo deberán reflejarse en la señalización y, cuando sea necesario, en el plano de evacuación.

13.3 Punto de encuentro

El punto de encuentro deberá ubicarse fuera de las zonas de peligro y alejado de estructuras inestables, maquinaria, excavaciones, redes eléctricas y circulación vehicular.

La ubicación definitiva será incorporada al plano de emergencias una vez verificada directamente en el proyecto.

13.4 Control de trabajadores

Al llegar al punto de encuentro se realizará la verificación del personal de obra mediante el listado actualizado de trabajadores.

Cualquier persona que no aparezca en el punto de encuentro será reportada inmediatamente al responsable de emergencias.

Ningún trabajador deberá regresar por iniciativa propia a la zona evacuada.

13.5 Relación con la evacuación del colegio

La evacuación de estudiantes, docentes y demás integrantes de la comunidad educativa será responsabilidad de la institución educativa conforme a su propio esquema de emergencias.

Cuando un evento originado en la obra pueda afectar al colegio, los responsables de ambas partes coordinarán las acciones necesarias para evitar que la emergencia se extienda o genere exposición adicional.

14. COMUNICACIÓN DURANTE UNA EMERGENCIA

La información suministrada durante una emergencia debe permitir identificar rápidamente qué ocurrió, dónde ocurrió, quiénes están afectados y qué tipo de ayuda se necesita.

El aviso inicial podrá realizarse mediante comunicación verbal, teléfono, radio u otro medio disponible en el proyecto.

Cuando sea necesario solicitar ayuda externa, se proporcionará como mínimo:

- Nombre del proyecto.
- Ubicación exacta.
- Tipo de emergencia.
- Número aproximado de personas afectadas.
- Condiciones de acceso.
- Riesgos adicionales presentes.

El directorio de emergencias permanecerá disponible en un lugar conocido por el personal encargado de la respuesta.

15. CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO

La preparación del personal comenzará desde el ingreso al proyecto mediante la socialización de las principales medidas de emergencia.

Los temas prioritarios serán:

TEMA	DIRIGIDO A
Plan de Emergencias	Todo el personal
Rutas de evacuación y punto de encuentro	Todo el personal
Manejo básico de extintores	Personal designado

Primeros auxilios	Personal designado
Actuación frente a accidentes graves	Personal de obra
Emergencias en excavaciones	Personal expuesto
Emergencias durante trabajos en alturas	Personal expuesto
Emergencias eléctricas	Personal expuesto
Comunicación y coordinación	Personal designado

Tabla 5. *Capacitación y entrenamiento*
Fuente: Producción propia

Cada actividad deberá contar con el registro correspondiente para evidenciar su realización.

16. SIMULACROS

Los simulacros permitirán comprobar si las rutas, comunicaciones, responsabilidades y tiempos de respuesta funcionan de acuerdo con las condiciones reales del proyecto.

Como mínimo se realizará un ejercicio de evacuación anual, además de aquellos que resulten necesarios cuando existan cambios importantes en la obra o cuando los resultados de una emergencia o ejercicio anterior evidencien aspectos que deban fortalecerse.

La planeación del ejercicio incluirá:

1. Selección del escenario.
2. Definición del alcance.
3. Coordinación con el colegio cuando exista posibilidad de interacción.
4. Información al personal involucrado.
5. Desarrollo del ejercicio.
6. Evaluación.
7. Registro de resultados.
8. Formulación de acciones de mejora.

Los simulacros que involucren a estudiantes, docentes o demás integrantes del colegio únicamente podrán realizarse mediante coordinación previa con la institución educativa.

17. RECUPERACIÓN POSTERIOR A LA EMERGENCIA

Una vez controlada la situación, el regreso a las actividades dependerá de las condiciones encontradas en el lugar.

Antes de reiniciar los trabajos se revisarán, según corresponda, las estructuras, instalaciones, equipos, excavaciones, áreas de circulación y demás elementos que puedan representar un peligro.

También se analizarán los daños ocasionados y los accidentes o incidentes que hayan ocurrido.

Cuando sea necesario, se realizarán ajustes a los procedimientos de trabajo y se implementarán las acciones correctivas correspondientes.

Si la emergencia tuvo repercusiones sobre espacios utilizados por el colegio, el reinicio de las actividades en las zonas involucradas será coordinado con la institución educativa.

18. INSPECCIÓN DE LOS RECURSOS DE EMERGENCIA

Los recursos destinados a la atención de emergencias serán revisados periódicamente para comprobar que permanecen disponibles, identificados y en condiciones de utilización.

RECURSO	REFERENCIA	RESPONSABLE
Extintores	Inspección visual periódica	Responsable del SG-SST/persona designada
Botiquín	Mensual	Persona designada
Camilla	Mensual	Persona designada
Kit para derrames	Mensual	Persona designada
Señalización	Periódica y ante cambios	Responsable del SG-SST
Rutas de evacuación	Durante la ejecución de la obra	Responsable SG-SST/responsable de obra
Punto de encuentro	Verificación periódica	Responsable SG-SST

***Tabla 6**. Inspección recursos de emergencia*
Fuente: Producción propia

ESTADO DE REVISIÓN	NOMBRE	CARGO	FIRMA
ELABORÓ	Paula Juliana Sánchez Rodriguez	Profesional en Seguridad y Salud en el Trabajo	
APROBÓ	Marlon Gustavo Conde Benavides	Director de Obra	