**CERTIFICADO CUMPLIMIENTO EN DOCUMENTOS DE INGRESO**

Yo **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, identificado (a) con la C. C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ En calidad de Representante Legal del consultor/contratista de obra/ interventoría y **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** identificado (a) con la C. C. No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en calidad de Especialista/Residente SST del consultor/contratista de obra/ interventoría del Contrato IDU No \_\_\_\_\_\_\_\_, nos permitimos certificar que se ha cumplido con la ejecución de la Notificación de Riesgos, Inducción y Notificación de Derecho a realización de examen médico ocupacional de retiro para el personal reportado en calidad de ingreso e ingreso - retiro (según corresponda) en el formato FOAC-83 el que lo modifique o sustituya, para el periodo \_\_\_\_\_\_\_\_ del informe mensual SST No \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Se certifica que se han ejecutado las capacitaciones, entrenamientos e inspecciones para el período, estipuladas en el plan de trabajo según se relaciona a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** | **TEMA** |
|  |  |
|  |  |

Por otra parte, se ha dado cumplimiento a la realización de las sesiones legales correspondientes al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y Comité de Convivencia según la periodicidad y requerimientos exigidos en la normativa aplicable.

Finalmente, se manifiesta que todos los documentos y registros asociados a esta certificación estarán disponibles para consulta y/o verificación por parte de la interventoría y del IDU, según corresponda, en medio físico en las \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (oficinas, frentes de obra y/o campamentos) (según sea definido por el Contratista o Interventor), para los fines que sean pertinentes.

Nota 1: Los soportes asociados a la notificación de riesgos y a la notificación de derecho a practicarse el examen médico ocupacional de retiro deben ser elaborados de acuerdo a los formatos establecidos en el SG-SST del consultor/contratista de obra/interventoría.

Nota 2: Los registros de las inducciones y capacitaciones deberán ser elaborados según el Formato IDU vigente o el que lo modifique o sustituya.

Como constancia se firma a los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Representante legal / contratista de obra/interventoría

C. C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Especialista SST/Residente SST del consultor/Contratista de obra/ interventoría

C. C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CERTIFICADO CUMPLIMIENTO EN DOCUMENTOS DE INGRESO**

Yo Escriba el nombre del Representante Legal del consultor/ contratista de obra o interventoría, identificado (a) con la C. C. No. Escriba el número de cédula del Representante Legal del consultor/ contratista de obra o interventoría en calidad de Representante Legal del consultor/contratista de obra/ interventoría y Escriba el nombre del Especialista/Residente SST del consultor/ contratista de obra o interventoría identificado (a) con la C. C. No. Escriba el número de cédula del Especialista/Residente SST del consultor/ contratista de obra o interventoría en calidad de Especialista/Residente SST del consultor/contratista de obra/ interventoría del Contrato IDU No Escriba el número del contrato de interventoría (número-año), nos permitimos certificar que se ha cumplido con la ejecución de la Notificación de Riesgos, Inducción y Notificación de Derecho a realización de examen médico ocupacional de retiro para el personal reportado en calidad de ingreso e ingreso - retiro (según corresponda) en el formato FOAC-83 el que lo modifique o sustituya, para el periodo Escriba la fecha de inicio (día/mes/año) y la fecha de finalización del periodo de reporte del informe mensual SST No Escriba el número del informe mensual SST del periodo de la certificación, Escriba según corresponda, de o de la Empresa/Unión Temporal/Consorcio y mencione el nombre de la misma .

Se certifica que se han ejecutado las capacitaciones, entrenamientos e inspecciones para el período, estipuladas en el plan de trabajo según se relaciona a continuación:

|  |  |
| --- | --- |
| **FECHA** | **TEMA** |
|  |  |
|  |  |

Por otra parte, se ha dado cumplimiento a la realización de las sesiones legales correspondientes al Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo y Comité de Convivencia según la periodicidad y requerimientos exigidos en la normativa aplicable.

Finalmente, se manifiesta que todos los documentos y registros asociados a esta certificación estarán disponibles para consulta y/o verificación por parte de la interventoría y del IDU, según corresponda, en medio físico en las Escriba cualquiera de estas opciones: oficina, frentes de obra y/o campamentos (según sea definido por el Contratista o Interventor), para los fines que sean pertinentes.

Nota 1: Los soportes asociados a la notificación de riesgos y a la notificación de derecho a practicarse el examen médico ocupacional de retiro deben ser elaborados de acuerdo a los formatos establecidos en el SG-SST del consultor/contratista de obra/interventoría.

Nota 2: Los registros de las inducciones y capacitaciones deberán ser elaborados según el Formato IDU vigente o el que lo modifique o sustituya.

Como constancia se firma a los Escriba el número del día en que se firma el documento días del mes de Escriba el nombre del mes del año Escriba el número del año en que se expide el documento.

Firma: Incluya la firma del Representante Legal del consultor/ contratista de obra o interventoría Nombre: Escriba el nombre del Representante Legal del consultor/ contratista de obra o interventoría

Representante Legal de Escriba el nombre Representante Legal del consultor/ contratista de obra o interventoría

C. C. Escriba el número de la cédula del Representante Legal del consultor/ contratista de obra o interventoría

Firma: Incluya la firma del Especialista/Residente SST del consultor/ contratista de obra o interventoría

Nombre: Escriba el nombre del Especialista/Residente SST del consultor/ contratista de obra o interventoría

Especialista SST/Residente SST del consultor/Contratista de obra/ interventoría

C. C. Escriba el número de la cédula del Especialista/Residente SST del consultor/ contratista de obra o interventoría

**FORMATO**

**CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DOCUMENTOS DE INGRESO**

Control de Versiones

| **Versión** | **Fecha** | **Descripción Modificación** | **Folios**  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **2022-08-30** | **Versión Inicial del Documento**  | **4** |

**{DOC-VER}**

**{DOC-PROCESO}**

|  |
| --- |
| **El documento original ha sido aprobado mediante el SID (Sistema Información Documentada del IDU). La autenticidad puede ser verificada a través del código** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Participaron en la elaboración1** | **Diana Carolina Tafur Vallejo, OGA / Jose Wilmar Giraldo Briceno, OGA / Nestor Fabian Gomez Carvajal, OAP /**  |
| **Validado por** | **Sandra Milena Del Pilar Rueda Ochoa, OAP Validado el 2022-08-25** |
| **Revisado por** | **Gustavo Montano Rodriguez, OGA Revisado el 2022-08-30** |
| **Aprobado por** | **Gustavo Montano Rodriguez, OGA Aprobado el 2022-08-30** |

1El alcance de participación en la elaboración de este documento corresponde a las funciones del área que representan