PARÁGRAFO PRIMERO: PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE SANCIONES: para que haya lugar a la aplicación de cualquiera de las sanciones previstas en el presente contrato y/o en el Reglamento interno de trabajo, deberá el EMPLEADOR una vez detectada la posible infracción o falta elevar el respectivo pliego de cargos, al trabajador, en aras de garantizar el derecho de defensa y debido proceso, de igual manera cumplir con el procedimiento establecido en el reglamento interno de trabajo. Una vez evaluado la comisión de la falta el EMPLEADOR comunicará al TRABAJADOR; la sanción impuesta al caso.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CLÁUSULA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD: En razón a que el cargo y funciones que desempeñará el trabajador, se relacionan en forma directa e inmediata con información confidencial, el trabajador se compromete expresamente a no revelar a persona alguna la información que él **CONOZCA** sobre los temas, pactándose que en caso de establecer violación a éste acuerdo se configurará justa causa, para la terminación de su contrato, **Parágrafo:** Los Acuerdos de Ética y Confidencialidad hacen parte integral del presente contrato. Las partes con la firma del presente contrato se obligan a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, participar, anunciar, utilizar y/o emplear la información con persona natural o jurídica, en su favor o en el de terceros, que reciban de la otra parte y en consecuencia a mantenerla de manera confidencial y privada y a proteger dicha información para evitar su divulgación no autorizada, ejerciendo sobre esta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información confidencial de su propiedad. **Parágrafo Primero**. Por la violación de la confidencialidad o el uso indebido de la información o Imagen Corporativa dará lugar al pago a cargo de la parte incumplida es decir del trabajador de una suma de 10 SMLMV sin perjuicio de que la parte afectada; especialmente la compañía CONTRATANTE, pueda adicionalmente, iniciar las acciones legales Penales y Civiles correspondientes; tendientes a obtener el resarcimiento de sus perjuicios así como las sanciones que establece el código Penal contra la persona natural, que ha cometido el hecho. La aplicación de esta cláusula se sujeta al cumplimiento del procedimiento previsto en el Código de Comercio Colombiano, el código penal y demás normas concordantes. **Parágrafo Segundo.** La vigencia de esta cláusula será por el término que dure el contrato y tres años más.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FORMA Y LIBERTAD DE ESTIPULACION DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES: Las partes expresamente convienen que en el eventual caso de terminación de contrato de trabajo; sin importar su causa el EMPLEADOR tendrá el término de un mes calendario para el pago de la liquidación de prestaciones sociales y demás derechos que pudiera tener el TRABAJADOR al momento del finiquito de la relación laboral. Esta cláusula se pacta a fin de no constituirse sanción moratoria a cargo del EMPLEADOR; por estar las partes de común acuerdo en la fecha de pago NO se afecta el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador. Para ello el TRABAJOR se obliga a mantener activa la cuenta bancaria que usualmente maneja para el pago de la nómina. En el caso de no ser así el EMPELADOR cuenta con la facultad de realizar el pago a través de DEPOSITO JUDICIAL al Banco Agrario de Colombia, según las normas legales vigentes.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: **VARIACIONES DEL CONTRATO**. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el EMPLEADOR de conformidad con el número 8° del artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo. El TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo de Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990.

CLAUSULA DECIMA CUARTA: EFECTOS: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto a cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrando entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integral de este contrato. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, un ejemplar de los cuales recibe EL TRABAJADOR en este acto, y el otro reposara en las instalaciones de la compañía.

Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo de Trabajo cuyo objeto definido en el artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre el EMPLEADOR y los TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Para constancia se firma en **dos ejemplares del mismo tenor** y valor, ante testigos en la ciudad de Bogotá a los 22 DE JULIO DE 2023

EL EMPLEADOR:

OMAR ENRIQUE SANCHEZ GONZALEZ
REPRESENTANTE LEGAL
ANCLA INGENIERIA S.A.S
NIT: 800113187 – 6

EL TRABAJADOR:

EDISON FERNANDO MORENO VARAGAS
CC 80.797.784
OFICIAL DE OBRA

DOCUMENTO CONTROLADO



Datos Personales

NOMBRE	Edison Fernando Moreno Vargas
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	80.797.784 de Ramiriqui (Boy.)
FECHA DE NACIMIENTO	22 de Junio de 1985
LUGAR DE NACIMIENTO	Ramiriqui, Boyaca
ESTADO CIVIL	Unión Libre
CIUDAD	Soacha (Cund.)
DIRECCIÓN	Diagonal 39ª # 17 – 22 prado
TELÉFONO	3004572056/9016291
E-MAIL	Julian29.ej@gmail.com

Experiencia Laboral

ICEX CONSTRUCCIONES

CARGO:(Oficial)

FUNCIONES:(Instalacion de Tuberia, amarrador de hierro,)

JEFE INMEDIATO:(Edwin Teran)

TELEFONO:(3163164539)

28 Feb 2005 - 16 de Junio 2015

WASEU

CARGO:(Ayudante de estructura)

FUNCIONES:(varias)

JEFE INMEDIATO:(Cecilio Moreno)

TELEFONO:(3103172956)

16 Jul 2015 – 20 Dic 2019

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 10:48:35 AM horas del 22/07/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **80797784**
Apellidos y Nombres: **MORENO VARGAS EDISON FERNANDO**

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

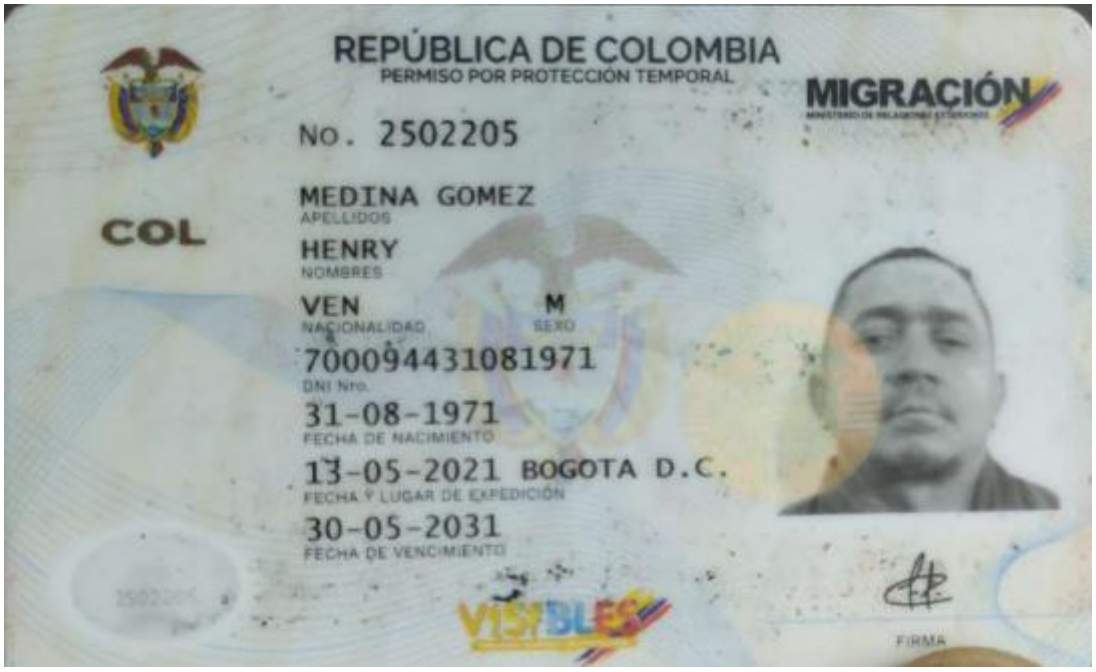
En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda “NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES” aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya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



REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
No. 2502205
COL
MEDINA GOMEZ
APELLIDOS
HENRY
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
700094431081971
DNI Nro.
31-08-1971
FECHA DE NACIMIENTO
13-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLES
FIRMA



E1712440
INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia
cualquier cambio en la condición o información migratoria.
Juan Francisco Espinosa Palacio
Director General de Migración Colombia
MIGRACIÓN
www.migracioncolombia.gov.co
IPCOL2502205<<4<<<<<<<<<<<<<<<
7108318M3105308VENE1712440<<<9
MEDINA<GOMEZ<<HENRY<<<<<<<<<<

Medellín, 21 de July de 2023

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

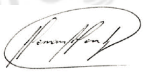
Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de ANCLA INGENIERIA SAS.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000002 OBRA			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
X2502205	MEDINA GOMEZ HENRY	22/07/2023		425435uM	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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 21/07/2023 22:06:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.61.208.246, 198.143.41.35, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

capitalsalud eps-s
Te entiendo. Te atiende

FORMULARIO No.

22 JUL 2020
RECIBIDO SIN ACEPCIÓN
CRA. 7 No. 32-16 PISO 4 EDIFICIO CLL 73

Número de Radicación | Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran al final de este formulario)

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedad [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ]
- Cotizante o Cabeza de Familia [X]
- Beneficiario o afiliado adicional [ ]
D. De Oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN

II. Datos básicos de identificación (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres completos
Primer apellido: medina | Segundo apellido: gomez. | Primer nombre: Henry | Segundo nombre:
7. Tipo documento de identidad: permiso proteccion. | 8. Número de documento de identidad: 1502205. | 9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X] | 10. Fecha de nacimiento: 31 08 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS
Datos personales

11. Etnia: [ ] | 12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ] | 13. Puntaje SISBÉN: [ ] | 14. Grupo de población especial: [ ]
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: sura. | 16. Administradora de Pensiones: | 17. Ingresos base de cotización - IBC: 1.160.000
18. Residencia: diagonal 62 sur 20F-20 | Teléfono: 3168380802. | Correo electrónico:
Municipio/Distrito: BOGOTA | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Departamento: CUNDINAMARCA. | Barrio: BOLIVAR.

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

19. Apellidos y nombres completos
Primer apellido | Segundo apellido | Primer nombre | Segundo nombre
20. Tipo documento de identidad | 21. Número de documento de identidad | 22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | 23. Fecha de nacimiento

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

	24. Apellidos y nombres completos: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento
01									
02									
03									
04									
05									

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P
01							
02							
03							
04							
05							

	32. Datos de residencia: Municipio/Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01						
02						
03						
04						
05						

Selección de la IPS primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
R		
S		
B		

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

35. Nombre o razón social: Ancla Ingeniería SAS. | 36. Tipo de documento de identificación: NIT | 37. Número del documento de identificación: 800.113.187-6 | 38. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación — Dirección | Teléfono: 3217849750. | Correo electrónico: GEOTECNIANCLA2020@gmail.com. | Municipio/Distrito: BOGOTA | Departamento: BOGOTA. | Barrio:

capitalsalud EPS-S

Te entiendo. Te atiendo

FORMULARIO No.

capitalsalud EPS-S
22 JUL 2023
RECIBIDO SIN ACEPCIÓN
PAU CONTRIBUTIVO CLL 73

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de los datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 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.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 13. Movilidad
  - [ ] A. Régimen Contributivo
  - [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado
  - [ ] A. Mismo Régimen
  - [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante.
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pensionado.

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]		22/07/2023

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. 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.
- [ ] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [ ] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, pensionado o de Oficio
MEDINA GOMEZ HENRY	ARCA INGENIERIA

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Copia documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CE [ ] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ]
  Cantidad [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total [ ]
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. 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.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. 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.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del Departamento	Número de ficha	Puntaje	Nivel		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	71. Firma del funcionario

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.

COLPENSIONES - 2023_1228
25/07/2023 10:25:31 A
SUPERCADE CALLE 13
BOGOTA D.C - BOGOTA.
AFILIACIONES
IMAGENES:2
CONSULTE EL ESTADO DE SU TR
WWW.COLPENSIONES.GOV.CO

Colpensiones

NIT: 900.336.004-7

FORMULARIO DE AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

ESPACIO PARA LA ADMINISTRADORA

REGIONAL | OFICINA

Ejecutivo comercial | Doc. Ejecutivo comercial

I. DATOS GENERALES DEL AFILIADO O SOLICITANTE

DEPENDIENTE ( ) INDEPENDIENTE (X) — FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYÚSCULA E IMPRENTA SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

Tipo de documento: CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro (X) ¿Cuál? PPT | N.º de documento

Fecha de Expedición 13 05 2021 | Municipio Expedición Bogota | Departamento Expedición Bogota | Sexo M

Primer nombre HENRY | Segundo nombre

Primer apellido MEDINA | Segundo apellido

Fecha nacimiento 31 08 71 | Municipio nacimiento | Departamento nacimiento | Nacionalidad

Dirección de residencia SOACHA LOS OLIVOS C 24C 42P | Barrio / vereda de residencia

Municipio de residencia | Departamento de residencia

Teléfono de residencia | Celular | Salario integral

Ocupación u oficio ANDAMIERO Y AYUDANTE | Ingreso mensual $ | Es empleador

Correo electrónico MEDINA.HENRY6328@gmail.com | Alto riesgo

AUTORIZACIÓN USO DE MEDIOS ELECTRÓNICOS: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que COLPENSIONES envíe notificaciones, estados de cuenta y demás comunicaciones relacionadas con sus trámites y/o solicitudes a través de técnicas y medios electrónicos, informáticos y telemáticos (incluye correo electrónico, página web y mensaje móvil).

Dirección de ubicación laboral | Barrio/ vereda de ubicación laboral

Municipio de ubicación laboral | Departamento de ubicación laboral | Teléfono laboral

II. DATOS DEL EMPLEADOR O ENTIDAD AGRUPADORA

Tipo de documento: NIT ( ) CC ( ) CD ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | DV | Có

Naturaleza: Pública ( ) Privada ( ) | Razón social o nombre

Dirección | Municipio

Barrio / vereda | Departamento | Sucursal

Teléfono | Celular | Ocupación u oficio

Correo electrónico

III. INFORMACIÓN DE BENEFICIARIOS

❶ Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de nacim

Primer nombre | Segundo nombre | Día | Mes

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

❷ Tipo de documento: CC ( ) TI ( ) CE ( ) PA ( ) RC ( ) Otro ( ) ¿Cuál? | N.º de documento | Fecha de naci

Primer nombre | Segundo nombre | Día | Mes

Primer apellido | Segundo apellido

Nacionalidad | Dirección de residencia

Municipio de residencia | Barrio / vereda de residencia | Departamento de residencia

Sexo: M ( ) F ( ) | Teléfono | Celular | Correo electrónico

Parentesco: 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( ) 6 ( )

IV. AFILIACIÓN A PENSIONES

TIPO DE NOVEDAD: Vinculación inicial (X) Traslado de régimen ( ) Traslado de entidad diferente ( ) Traslado por Pensión Familiar ( ) | Ha cotizado más de 150 semanas a los cajas o fondos del sector público: Si ( ) No ( ) | Subsidia

Si marcó Traslado indique: Entidad Actual | Entidad a donde desea trasladarse

El afiliado debe cotizar bajo el régimen especial de pensiones: Si ( ) No ( ) ¿Cuál? | Tarifa co debe

1. AUTORIZACIÓN PARA BÚSQUEDA, CONSULTA, USO Y MANEJO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa a la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES, en calidad de responsable y a los encar de datos, para la recolección y tratamiento de datos de carácter personal y reservado relacionados con la prestación, gestión, administración, personalización, actualización y mejora de los trámites, bienes y servicios de COLPENSIONES, así como la consulta, cualquier tiempo en las centrales de riesgo y en aquellas entidades privadas y públicas que tengan información del afiliado/ciudadano para realizar los trámites que se refieran a las prestaciones, bienes y servicios de los diferentes componentes del sis administrados por COLPENSIONES. Si ( ) No ( )

2. AUTORIZACIÓN, VERIFICACIÓN Y USO DE INFORMACIÓN: El afiliado/ciudadano acepta y autoriza de manera expresa que la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES, directamente y/o a través de medios electrónicos, informáticos y telem de la información suministrada por el afiliado/ciudadano en su documento de identidad y en los demás que aporte a COLPENSIONES, ante las entidades u organismos pertinentes. Si ( ) No ( )

3. La información obtenida solo será usada para efectos propios de la ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES-COLPENSIONES. Si ( ) No ( )

V. FIRMAS

Recuerde que usted dispone de cinco (5) días hábiles para retractarse de su afiliación en pensiones contados a partir de la fecha en que reciba la respuesta a su solicitud de afiliación o traslado.

Hago constar que la selección de Régimen _____ la he efectuado en forma libre y espontánea y sin presiones. También declaro que previo al diligenciamiento de este formulario he recibido una asesoría clara, oportuna y adecuada, en virtud de lo cual manifiesto que de manera informada que he elegido a _____ para que administre mis aportes pensionales y que los datos proporcionados en esta solicitud son verdaderos.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR INCLUIDOS EN EL PRESENTE DOCUMENTO SON LOS QUE CORRESPONDEN A LA INFORMACIÓN QUE ME HA SIDO SUMINISTRADA.

FIRMA DEL AFILIADO O SOLICITANTE	HUELLA AFILIADO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA	FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL O PERSONA AUTORIZADA

Powered by CamScanner

Colpensiones

BOGOTA, D.C., 25 de Julio de 2023 2023_12281207-36622367

Señor (a):
HENRY MEDINA GOMEZ
CR 24 42 B CASA 2375
SOACHA - CUNDINAMARCA

Referencia: Radicado No. 2023_12281207 del 25 de Julio de 2023
Ciudadano: HENRY MEDINA GOMEZ
Identificación: P.T 2502205
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atenció Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, e Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuest a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1
Documento de identidad del ciudadano ampliado al 150%	1

Cordialmente,

HERNANDO BLANCO MANCHOLA
Director de Atención y Servicio

Powered by CamScanner

LA CAJA COLOMBIANA DE SUBSIDIO FAMILIAR

COLSUBSIDIO

HACE CONSTAR:

Que el(la) señor(a) HENRY MEDINA GOMEZ identificado(a) con PT No. 2502205, se encuentra afiliado(a) a esta Caja de Compensación Familiar, a través de ANCLA INGENIERIA S.A.S. con NIT 8001131876:

- Fecha de afiliación a la Caja: 22/07/2023.
- Fecha de ingreso a la empresa: 22/07/2023.



JOSÉ LEONARDO GONZÁLEZ VEGA
Jefe de Sección Afiliación y Postulación

Bogotá D.C. 22/07/2023

VIGILADO SuperSubsidio

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA

NOMBRE EMPLEADOR: ANCLA INGENIERIA SAS	**DIRECCIÓN: CRA 26 N° 85 A 32**
NOMBRE TRABAJADOR: HENRY MEDINA GOMEZ	**CARGO PARA DESEMPEÑAR:** AYUDANTE DE OBRA Y TODAS LAS DEMAS FUNCIONES RELACIONADAS.
FECHA DE NACIMIENTO: 31 DE AGOSTO DE 1971	**PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL: 2502205**
DIRECCION DE NOTIFICACION:	**TELEFONO:**
SALARIO: 1200.000 Mensual **Más SUBSIDIO DE TRANSPORTE:** 140.606 $Mensual	**VALOR TOTAL EN LETRAS: UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA MIL SEISCIENTOS SEIS**
FECHA DE INICIACIÓN CONTRATO: 22 DE JULIO DE 2023	**LUGAR DONDE DESEMPEÑARÁ:BOGOTA D.C** En las dependencias o el lugar que la empresa determine

OMAR ENRIQUE SANCHEZ GONZALEZ, mayor y vecino de Bogotá D.C., identificado con cedula de ciudadanía **No. 91.507.981** de Bucaramanga, obrando en mi condición de Representante Legal de **ANCLA INGENIERIA S.A.S,** con **NIT: 800113187-6** que en el presente contrato se denominará **EL EMPLEADOR**, **y HENRY MEDINA GOMEZ** con numero de **PERMISO POR PROTECCION TEMPORAL: 2502205** ; como quedó registrado en el encabezamiento de este contrato y que en adelante se denominará **EL TRABAJADOR (A)**, celebramos el presente **CONTRATO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR CONTRATADA CONTRATO 012-336FDLB** estipulado en las siguientes cláusulas:

CLAUSULA PRIMERA: **EL EMPLEADOR** contrata los servicios personales del TRABAJADOR y este se obliga: **a)** A poner al servicio del EL EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias y las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el EMPLEADOR o sus representantes, y **b)** A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato. **c)** Desarrollar las funciones establecidas en los Manuales de Funciones y Procedimiento de su cargo, las específicas que le informe El EMPLEADOR y en general aquellas que se requieran para el cumplimiento del objeto del presente contrato**,** tales como:

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE TIPO GENERAL:

1. Todas aquellas que sean designadas por su superior inmediato o la Gerencia General
2. Deberá custodiar y responsabilizarse por la pérdida de los objetos y documentos entregados y que constan en el inventario de entrega, tales como herramientas y accesorios,

DOCUMENTO CONTROLADO

documentos que firma y hace parte del presente contrato; y que son de importancia para el cumplimiento de sus funciones.

3. Presentación personal: Higiene, debe venir adecuado para el cargo que ocupa, limpio, ordenado y bien presentado, portando el uniforme de la empresa impecable, de igual manera portar en un lugar visible el carnet que lo identifica como empleado.

4. En caso de ser necesario y según las políticas de la Compañía deberá reportarse a través del celular y hacer uso correcto del mismo, por ello deberá procurar que el aparato celular permanezca cargado y presto para recibir y enviar comunicaciones en forma constante y sin interrupciones.

5. Debe reportar inmediatamente a su jefe inmediato ó superior, cualquier problema que surja.

6. Preservar la información por él conocida en relación con el giro propio de la compañía y los proyectos en los cuales se vea involucrado en razón a su cargo.

7. Cumplir con los horarios de descanso establecidos, la política de no alcohol y drogas y las políticas de HSEQ, establecidas en los documentos y manuales de Seguridad y Salud en el trabajo y Seguridad Industrial de la empresa, de sus clientes y terceros donde deba intervenir para el desarrollo de sus funciones.

8. Cumplir con los procedimientos, instructivos, caracterizaciones y todos los demás aplicables al Sistema de Gestión en Control y Seguridad BASC, ISO y/o protocolos asignados por la empresa; y que refiera a certificaciones que obliguen a ciertos protocolos a la empresa.

9. Cumplir con todas y cada una de las exigencias, protocolos, instructivos y demás requerimientos del cliente, al cual se ejecutará las funciones contratadas; sin limitarse una implícita obra.

FUNCIONES ESPECÍFICAS DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO DEL CARGO:

EL TRABAJADOR, se compromete a prestar sus servicios para el fin del objeto del presente contrato y que, dentro de sus funciones anexas, complementarias y las relacionadas deberá ser las señaladas en el perfil y funciones del cargo, previamente establecidas por la compañía, documentos que hace parte integral del presente contrato y de relaciona mediante ANEXO No. 1 del mismo.

CLAUSULA SEGUNDA: SALARIO O REMUNERACIÓN: EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios a título de salario la suma equivalente a UN MILLON DOSCIENTOS MIL PESOSM/CTE ($1.200.000), MENSUALMENTE y pagaderos en quincenas vencidas según lo pactado el reglamento interno de trabajo. EL EMPLEADOR pagará a EL TRABAJADOR por la prestación de sus servicios, la suma acá acordada MEDIANTE TRANSFERENCIA ELECTRONICA, realizado en LA CUENTA DE AHORROS SUMINISTRADA POR EL TRABAJADOR ó de NOMINA SUSCRITA EN LA EMPRESA.

CLAUSULA TERCERA: JORNADA DE TRABAJO: EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada ordinaria en los turnos y dentro de las horas señaladas por EL EMPLEADOR, y establecidas en el reglamento interno de trabajo; pudiendo hacer éste ajustes a cambios de horarios cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, según el artículo 167 ibídem.

DOCUMENTO CONTROLADO

CLAUSULA CUARTA: **DURACION Y PERIODO DE PRUEBA:** El presente contrato se celebra por el tiempo que dure la realización de la obra (o labor contratada), el cual da inicio el día 22 de JULIO DE 2023, por lo tanto, y de acuerdo a la naturaleza del contrato; EL PERIODO DE PRUEBA no podrá ser superior a una quinta (1/5) parte del término pactado en el presente contrato y por consiguiente cualquiera de las partes podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho periodo; sin perjuicio de darlo por terminado cumpliendo con las exigencias legales al respecto y en todo caso por incumplimiento de alguna de las obligaciones contractuales pactadas en este documento. En el caso del EMPLEADO a fin de dejar su puesto debidamente entregado a la persona que se designe como reemplazo, deberá comunicar su finalización con anticipación.

CLAUSULA QUINTA: NUEVA OBRA. Si al finalizar la obra contratada o inicialmente ejecutada el empleador desea continuar con el trabajador en otra obra distinta a la que inicialmente dio origen al vínculo, LAS PARTES expresamente aprueban con la firma del presente contrato que NO será necesario un nuevo contrato de trabajo y por lo tanto tampoco se entenderá como prorroga, pues no han desaparecido las causas contractuales que dieron origen a este contrato.

PARAGRAFO PRIMERO: Por tratarse de un contrato de obra o labor contratada, en el presente caso no aplica el preaviso y que de acuerdo a la naturaleza del contrato; no es obligación para el empleador notificar la terminación del mismo, pues el mismo se entiende que la duración de este contrato será «por el tiempo que dure la realización de una obra o labor determinada», de suerte que terminada la obra termina el contrato.

PARAGRAFO SEGUNDO: En el caso de haberse terminado la obra inicialmente pactada y designado una nueva, se entiende que una vez finalice la última obra ejecutada, la duración del contrato se reduce a la duración de la última ejecución de obra.

CLAUSULA SEXTA: **OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR:** El trabajador se obliga además de lo previsto en el presente contrato a: **a)** Cumplir cabalmente con todas y cada una de las funciones descritas en el presente contrato, así como en los reglamentos internos e instructivos **b)** Presentación personal: Higiene, debe venir adecuado para el cargo que ocupa, limpio, ordenado y bien presentado. **c)** En caso de requerirse está obligado a mantenerse al día sus permisos obligatorios por ley, como trabajo en alturas, antecedentes disciplinarios y policivos y demás documentos obligatorios en la normatividad para ejercer su cargo. **d)** Responder por los elementos de trabajo puestos a su disposición por la empresa. **e)** Cumplir el Horario de trabajo asignado en la oficina. **f)** Cumplir con el protocolo de seguridad y demás políticas descritas en la empresa; y preservar con ello la ocurrencia de accidente de trabajo, la integridad propia y de terceros, inclusive gastos extraordinarios de la compañía, **g)** las establecidas en el Código sustantivo de trabajo en su artículo 58**.**

CLAUSULA SEPTIMA: PROHIBICIONES ESPECIALES Y CONTRACTUALES AL TRABAJADOR: Se le prohíbe expresamente al TRABAJADOR además de aquellas contenidas en el Manual de Funciones y Procedimientos correspondiente a su cargo, a:

1. De ser el caso que la empresa haya suministrado equipo celular o plan de celular, le queda prohibido realizar de manera reiterada y continua llamadas personales, incrementando el consumo del celular que le ha sido asignado. En caso de presentarse esta situación el TRABAJADOR autoriza expresamente a la empresa para realizar los descuentos pertinentes, siendo a su cargo los valores adicionales que se generen al plan, sin perjuicio de que la empresa le imponga las sanciones disciplinarias a que haya lugar.

DOCUMENTO CONTROLADO

2. Realizar de manera reiterada y continua actos u omisiones que impliquen sanciones para la compañía, por parte de sus clientes o la perdida de los contratos; para el caso será causal de sanción disciplinaria.

3. Dañar, maltratar, averiar cualquiera de los elementos que le han sido entregados para su trabajo. En caso de presentarse esta situación el TRABAJADOR autoriza expresamente a la empresa para realizar los descuentos pertinentes, siendo de su cargo, los valores correspondientes, sin perjuicio de que la empresa le imponga las sanciones disciplinarias a que haya lugar.

4. Ingerir bebidas alcohólicas, o sustancias alucinógenas, mientras se encuentra prestando el servicio ó ingresar a la compañía, en estado de ingesta o alucinógenos; que alteren su estado físico o mental.

5. No pueden contratar directamente con nadie, ni personas naturales, ni plazas de mercado.

6. Negarse a las ejecuciones de las funciones asignadas por el empleador, siempre que versen sobre la capacidad del trabajador y las funciones sean anexas o complementarias a las inicialmente pactadas.

7. Las enunciadas en el Reglamento Interno de trabajo de la compañía.

8. Las establecidas en el artículo 60 del Código Sustantivo de Trabajo.

CLAUSULA OCTAVA: CAUSALES ESPECIALES DE TERMINACION DEL PRESENTE CONTRATO DE TRABAJO POR JUSTA CAUSA: Las partes pactan como justas las causas para dar por terminado unilateralmente este contrato por cualquiera de las partes, **1)** Las enumeradas en los artículos 7° del Decreto 2351 de 1965, **2)** La ocurrencia de una falta que se califique como grave y/o gravísima, **3)** El incumplimiento de las obligaciones especiales previstas en el presente contrato. **4)** La violación de las prohibiciones especiales y contractuales indicadas en este documento. **5)** Teniendo en cuenta que el objeto del presente contrato es prestar el servicio al empleador, se tiene que el trabajador está en la obligación de contar con la disponibilidad de forma exclusiva. **PARAGRAFO:** Las siguientes faltas se califican como graves: **a)** La inobservancia o violación de los manuales de funciones y procedimientos fijados por la empresa y en especial de las circulares reglamentarias, que además se consideran parte integral del presente contrato. **b)** La violación por parte del trabajador de cualquiera de sus obligaciones legales, contractuales, reglamentarias, así como el incumplimiento de una o más de sus funciones o falta de interés y responsabilidad con ellas, **c)** La no asistencia puntual al trabajo sin excusa suficientes a juicio de la empresa, por dos veces dentro de una misma quincena (comprendida entre dos periodos de pago) **d)** La ejecución por parte del trabajador de labores remuneradas al servicio de terceros sin autorización de la empresa **e)** La revelación de secretos y datos reservados de la empresa **f)** El hecho de que el trabajador llegue embriagado o ingiera bebidas embriagantes en el sitio u horario de trabajo, aún por primera vez **g)** El hecho de que el trabajador abandone el sitio de trabajo sin permiso de sus superiores **h)** La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo, o más, sin excusa suficiente a juicio del EL EMPLEADOR **i)** La mala atención al público o la mala ejecución de los procedimientos de la empresa, según el caso; y **j)** Todo acto del trabajador que perturbe la disciplina o el buen orden en el lugar de trabajo o que dé lugar a reclamos por parte de los usuarios de la empresa o terceros e inclusive de los compañeros de trabajo **k)** Diligenciar los documentos en forma incompleta o sin atender a las circulares reglamentarias sobre el tema, según el cargo y se le es obligatorio cumplir con dicho acto.

DOCUMENTO CONTROLADO

CLAUSULA NOVENA: ESCALA ADICIONAL DE FALTAS: **LA EMPRESA Y TRABAJADOR** acuerdan como contractualmente las siguientes, conductas como faltas, además de las dispuestas en el régimen laboral y en el reglamento interno de trabajo del EMPLEADOR y en la cláusula anterior:

FALTAS GRAVES

1. Mala presentación o uso de vestidos no apropiados, considerado así por el patrono, para el desempeño de sus funciones.
2. Disminución en la eficiencia de sus funciones, que haya conllevado a dos llamadas de atención verbales o escritas.
3. Encontrarse fuera de su puesto de trabajo sin justa causa.
4. Abstenerse de contestar oportunamente el teléfono celular asignado por la empresa, el teléfono fijo de su puesto de trabajo, mail, fax y/o cualquier otro medio de comunicación, sin justificación a criterio del EL EMPLEADOR
5. Uso indebido de los recursos asignados que cause perjuicios al EL EMPLEADOR.
6. Haber omitido los procedimientos para el desarrollo de sus funciones que ocasione perjuicios a la empresa, tales como pérdida de contratos o negocios con sus clientes.

FALTAS GRAVISIMAS

1. Irrespeto o tratamiento inadecuado a los clientes y/o a los compañeros de trabajo y/o a sus superiores
2. Incumplimiento de las circulares reglamentarias de la empresa, instructivos de funciones
3. Apropiarse de dineros recibidos por el trabajador que sean de propiedad de la empresa o cliente.
4. La incidencia de tres veces o más en conductas tipificadas como faltas graves.

CLAUSULA DECIMA: **ESCALA DE SANCIONES**: Las conductas escritas en el presente contrato, darán derecho al EMPLEADOR de imponer cualquiera de las siguientes sanciones a su discrecionalidad independiente de que las conductas previstas como justa causa para la terminación del contrato, conlleven la terminación del mismo.

Las sanciones establecidas por el EMPLEADOR son las siguientes:

a) Amonestación Verbal: es la aplicación preventiva a la falta, la misma que no reviste gravedad, podrá ser aplicada por el Jefe inmediato del trabajador.

b) Amonestación Escrita: es la sanción correctiva de faltas que revisten regular gravedad, o por reincidencia de faltas leves. Será aplicada por el Gerente General, previa opinión del Jefe inmediato superior del trabajador.

c) Suspensión del Trabajo, de 1 a 8 días o más a criterio del EL EMPLEADOR sin que el mismo pueda exceder de 60 días.

d) Multa o descuentos.

e) Terminación del Contrato de Trabajo con justa causa.

DOCUMENTO CONTROLADO

PARÁGRAFO PRIMERO: PROCEDIMIENTO PARA LA APLICACIÓN DE SANCIONES: para que haya lugar a la aplicación de cualquiera de las sanciones previstas en el presente contrato y/o en el Reglamento interno de trabajo, deberá el EMPLEADOR una vez detectada la posible infracción o falta elevar el respectivo pliego de cargos, al trabajador, en aras de garantizar el derecho de defensa y debido proceso, de igual manera cumplir con el procedimiento establecido en el reglamento interno de trabajo. Una vez evaluado la comisión de la falta el EMPLEADOR comunicará al TRABAJADOR; la sanción impuesta al caso.

CLAUSULA DECIMA PRIMERA: CLÁUSULA DE COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD: En razón a que el cargo y funciones que desempeñará el trabajador, se relacionan en forma directa e inmediata con información confidencial, el trabajador se compromete expresamente a no revelar a persona alguna la información que él **CONOZCA** sobre los temas, pactándose que en caso de establecer violación a éste acuerdo se configurará justa causa, para la terminación de su contrato, **Parágrafo:** Los Acuerdos de Ética y Confidencialidad hacen parte integral del presente contrato. Las partes con la firma del presente contrato se obligan a no revelar, divulgar, exhibir, mostrar, comunicar, participar, anunciar, utilizar y/o emplear la información con persona natural o jurídica, en su favor o en el de terceros, que reciban de la otra parte y en consecuencia a mantenerla de manera confidencial y privada y a proteger dicha información para evitar su divulgación no autorizada, ejerciendo sobre esta el mismo grado de diligencia que utiliza para proteger información confidencial de su propiedad. **Parágrafo Primero**. Por la violación de la confidencialidad o el uso indebido de la información o Imagen Corporativa dará lugar al pago a cargo de la parte incumplida es decir del trabajador de una suma de 10 SMLMV sin perjuicio de que la parte afectada; especialmente la compañía CONTRATANTE, pueda adicionalmente, iniciar las acciones legales Penales y Civiles correspondientes; tendientes a obtener el resarcimiento de sus perjuicios así como las sanciones que establece el código Penal contra la persona natural, que ha cometido el hecho. La aplicación de esta cláusula se sujeta al cumplimiento del procedimiento previsto en el Código de Comercio Colombiano, el código penal y demás normas concordantes. **Parágrafo Segundo.** La vigencia de esta cláusula será por el término que dure el contrato y tres años más.

CLAUSULA DÉCIMA SEGUNDA: FORMA Y LIBERTAD DE ESTIPULACION DE PAGO DE PRESTACIONES SOCIALES: Las partes expresamente convienen que en el eventual caso de terminación de contrato de trabajo; sin importar su causa el EMPLEADOR tendrá el término de un mes calendario para el pago de la liquidación de prestaciones sociales y demás derechos que pudiera tener el TRABAJADOR al momento del finiquito de la relación laboral. Esta cláusula se pacta a fin de no constituirse sanción moratoria a cargo del EMPLEADOR; por estar las partes de común acuerdo en la fecha de pago NO se afecta el honor, la dignidad y los derechos mínimos del trabajador. Para ello el TRABAJOR se obliga a mantener activa la cuenta bancaria que usualmente maneja para el pago de la nómina. En el caso de no ser así el EMPELADOR cuenta con la facultad de realizar el pago a través de DEPOSITO JUDICIAL al Banco Agrario de Colombia, según las normas legales vigentes.

CLAUSULA DÉCIMA TERCERA: **VARIACIONES DEL CONTRATO**. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en lugar distinto del inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales o de remuneración del TRABAJADOR, o impliquen perjuicios para él. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el EMPLEADOR de conformidad con el número 8° del artículo 57 del Código Sustantivo de Trabajo. El TRABAJADOR se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el EMPLEADOR dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten las condiciones laborales del TRABAJADOR y no se le causen perjuicios. Todo ello sin que se afecte el honor, la dignidad y los derechos mínimos del TRABAJADOR, de conformidad con el artículo 23 del Código Sustantivo de Trabajo, modificado por el artículo 1° de la Ley 50 de 1990.

CLAUSULA DECIMA CUARTA: EFECTOS: El presente contrato remplaza en su integridad y deja sin efecto a cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrando entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integral de este contrato. Para constancia se firma en dos o más ejemplares del mismo tenor y valor, un ejemplar de los cuales recibe EL TRABAJADOR en este acto, y el otro reposara en las instalaciones de la compañía.

Este contrato ha sido redactado estrictamente de acuerdo con la ley y la jurisprudencia y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo de Trabajo cuyo objeto definido en el artículo 1°, es lograr la justicia en las relaciones entre el EMPLEADOR y los TRABAJADORES dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Para constancia se firma en **dos ejemplares del mismo tenor** y valor, ante testigos en la ciudad de Bogotá a los 22 DE JULIO DE 2023

EL EMPLEADOR:

OMAR ENRIQUE SANCHEZ GONZALEZ
REPRESENTANTE LEGAL
ANCLA INGENIERIA S.A.S
NIT: 800113187 – 6

EL TRABAJADOR:

HENRY MEDINA GOMEZ
PERMISO PROTECCION TEMPORAL
N° 2202205

DOCUMENTO CONTROLADO

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:15:17 PM horas del 31/07/2023, el ciudadano extranjero con:
Cédula de Extranjería N° **2502205**

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

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.

Los resultados de esta consulta solo corresponden a antecedentes judiciales dentro del territorio nacional de Colombia.

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

Volver al Inicio



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-AGO-1996

CHAPARRAL
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

29-SEP-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500159-51982720-M-1018489301-20130912 0067310201A 2 [illegible]

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.018.489.301
TRUJILLO NAVARRO

APELLIDOS
BRALLAN NAY

NOMBRES

Brallan nay Trujillo navarro

FIRMA



POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS S.A
NIT 860.011.153-6

CERTIFICA QUE:

Verificada la base de datos de la compañía se encontró que el señor BRALLAN NAY TRUJILLO NAVARRO, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1018489301, trabajador de la empresa NAY.DEMOLICIONES SAS está afiliado a POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS con tipo de vinculación Dependiente desde el 18/11/2021 con riesgo 5.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202201012266084.

Dada a los 08 días del mes de Febrero de 2022.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Impreso por Internet el 08/02/2022 1:48:46 p. m.
ISCDC: 08/02/2022 1:48:46 p. m.

Bogotá, Febrero 8 de 2022

Señor:
TRUJILLO NAVARRO BRALLAN NAY
CC. 1018489301
CL 56 A 101 A 53 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Enero 30 de 2018. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
MORENO TORRES YURANNY SOFIA	1016108963	C	Jun-16-2021	21	26	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
TRUJILLO NAVARRO BRALLAN NAY	1018489301	C	Ene-30-2018	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
TRUJILLO MORENO SALOME	1146150670	R	Nov-4-2021	0	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
DISTRICLARA SAS	1018489301	Dependiente	CERRADO
DISTRICOORP S A S	1018489301	Dependiente	CERRADO
DISTRICOORP S A S	1018489301	Dependiente	CERRADO
EDGAR VALENCIA MARIN	1018489301	Dependiente	VIGENTE
NAY DEMOLICIONES SAS	1018489301	Dependiente	VIGENTE
SERVICES ON TIME SAS	1018489301	Dependiente	CERRADO
ARENAS Y RECEBOS CAPITAL SAS	1018489301	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
COMPAÑIA COLOMBIANA DE SERVICIOS TEMPORALES S A S	1018489301	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO AMPLIACION DATACENTER COLOMBIA XV	1018489301	Dependiente	CERRADO
DISTRICLARA SAS	1018489301	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,



JAVIER CARREÑO
GERENTE DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos

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:

BRALLAN NAY TRUJILLO NAVARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.018.489.301**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 8 de Febrero del 2022.

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.

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO
A TÉRMINO INDEFINIDO

NOMBRE DEL EMPLEADOR NAY TRUJILLO TRIANA C.C 93.451.534	DIRECCION DEL EMPLEADOR CLL 52 SUR No. 99-72 TORRE 3 AP 503
NOMBRE DEL TRABAJADOR **BRALLAN NAY TRUJILLO NAVARRO**	DIRECCION DEL TRABAJADOR CRA 98B #65-48 SUR
LUGAR, FECHA DE NACIMIENTO Y NACIONALIDAD 29-08-1996 CHAPARRAL(TOLIMA) COLOMBIANA	CARGO A DESEMPEÑAR OPERADOR DE RETRO EXCAVADORA

SALARIO: UN MILLON TRESCIENTOS MIL PESOS ($ 1.300.000) MENSUALES	
TERMINO DE DURACIÒN DEL CONTRATO: **INDEFINIDO**	
PERIODOS DE PAGO MENSUAL	FECHA DE INICIACION DE LABORES 12 DE SEPTIEMBRE DE 2019
LUGAR DONDE DESEMPEÑA LAS LABORES BOGOTÁ	CIUDAD DONDE HA SIDO CONTRATADO EL TRABAJADOR BOGOTÁ

Entre EL EMPLEADOR y EL TRABAJADOR, de las condiciones ya dichas, identificados. Como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, regido además por las siguientes cláusulas: **PRIMERA: OBJETO.** EL EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR y éste se obliga: a) a poner al servicio del EMPLEADOR toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado y en las labores anexas y complementadas del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta EL EMPLEADOR directamente o a través de sus representantes. b) a no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros EMPLEADORES, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia de este contrato; y c) a guardar absoluta reserva sobre los hechos, documentos, informaciones y conocimiento por causa o con ocasión de su contrato de trabajo. PARAGRAFO: El TRABAJADOR desempeñará el cargo de **Operador** , cumpliendo de manera general las siguientes actividades:

- Obrar con seriedad y diligencia en el servicio contratado
- Atender las solicitudes y recomendaciones que haga el CONTRATANTE o sus delegados, con la mayor prontitud posible
- Observar en el desarrollo del presente convenio los criterios técnicos y las recomendaciones dadas por el CONTRATANTE, de acuerdo a sus necesidades.
- Poner a disposición del CONTRATANTE, todos los conocimientos y recursos requeridos para el cabal cumplimiento del presente contrato en sus objetivos acordados entre las partes.

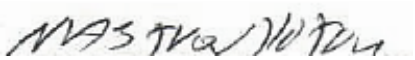
- Mantener informado al CONTRATANTE de toda comunicación que por razón de su prestación del servicio debe conocer.
- Cumplir oportunamente con las actividades a desarrollar contenidas en el presente convenio.

La descripción anterior es general y no excluye ni limita para ejecutar labores conexas complementarias, accesorias o similares y en general aquellas que sean necesarias para un mejor resultado en la ejecución de la causa que dio origen al contrato, pudiendo en consecuencia complementar e implementar la descripción que por vía de ejemplo se establecen en este acuerdo.

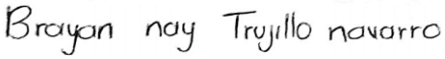
SEGUNDA: REMUNERACION. EL EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR por la prestación de sus servicios el salario indicado, pagadero en las oportunidades mensualmente sin que ello signifique que unilateralmente el empleador pueda pagar por periodos menores. Dentro de la retribución acordada se encuentra incluida los descansos dominicales y festivos. **PARAGRAFO:** El trabajador autoriza al empleador para que la retribución así como cualquier otro beneficio, sea prestacional, descanso vacaciones etc. originado en la existencia y/o terminación del contrato sean consignadas o trasladadas a cuenta que desde ya el trabajador autoriza al empleador para que sea Abierta a su nombre en una institución financiera. **TERCERA: TRABAJO NOCTURNO, SUPLEMENTARIO, DOMINICALY/O FESTIVO.** Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, nocturno, dominical o festivo, EL EMPLEADOR o sus representantes deberán haberlo autorizado previamente y por escrito. Cuando la necesidad de este trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse cuenta de él por escrito, a la mayor brevedad, al EMPLEADOR o a sus representantes para su aprobación. EL EMPLEADOR, en consecuencia, no reconocerá ningún trabajo suplementario, o trabajo nocturno o en días de descanso legalmente obligatorio que no haya sido autorizado previamente o que, habiendo sido avisado inmediatamente, no haya sido aprobado como queda dicho. El empleador fijara las jornadas laborales de acuerdo a las necesidades del servicio pudiendo variarlas durante la ejecución del presente contrato. **CUARTA: JORNADA DE TRABAJO.** EL TRABAJADOR se obliga a laborar la jornada máxima legal, salvo estipulación expresa y escrita en contrario, en los turnos y dentro de las horas señalados por el EMPLEADOR, pudiendo hacer éste ajustes o cambios de horario cuando lo estime conveniente. Por el acuerdo expreso o tácito de las partes, podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en la ley, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de las mismas. **QUINTA: PERIODO DE PRUEBA.** Los primeros dos meses del presente contrato se consideran como período de prueba y, por consiguiente, cualquiera de las partes podrá terminar el contrato unilateralmente, en cualquier momento durante dicho período, sin que se cause el pago de indemnización alguna. **SEXTA: DURACION DEL CONTRATO.** La duración del contrato será indefinida, mientras subsistan las causas que le dieron origen y la materia del trabajo. **SEPTIMA: TERMINACION UNILATERAL.** Son justas causas para dar por terminado unilateralmente este contrato, por cualquiera de las partes, las que establece la Ley y el reglamento interno de Trabajo. **OCTAVA: INVENCIONES.** Las invenciones realizadas por EL TRABAJADOR le pertenecen a la empresa siempre y cuando estas sean realizadas con ocasión y dentro de la ejecución del contrato de trabajo, y como parte del cumplimiento de las obligaciones del cargo. También lo son aquellas que se obtienen mediante los datos y medios conocidos o utilizados en razón de la labor desempeñada. **NOVENA: DERECHOS DE AUTOR.** Los derechos patrimoniales de autor sobre las obras creadas por el TRABAJADOR en ejercicio de sus funciones o con ocasión ellas pertenecen al EMPLEADOR. Todo lo anterior sin perjuicio de los derechos morales de autor que permanecerán en cabeza del creador de la obra, de acuerdo con la ley 23 de 1982 y la Decisión 351 de la Comisión del Acuerdo de Cartagena. **DÉCIMA: TRASLADOS:** Desde ya el trabajador acuerda que el empleador podrá trasladarlo desde el lugar, cargo y/o sitio de trabajo de acuerdo a las necesidades del servicio siempre y cuando no se menos cabe el honor la dignidad o se produzca una desmejora sustancial o grave perjuicio con ocasión a la citada orden. El empleador esta obligado a asumir los gastos originados en el traslado. Siempre que sea una decisión unilateral de la empresa. **DÉCIMA PRIMERA: BENEFICIOS EXTRALEGALES**: El empleador podrá reconocer beneficios, primas, prestaciones de naturaleza extra legal, lo que se hace a titulo de mera liberalidad y estos subsistirán hasta que el empleador decida su modificación o supresión, atendiendo su capacidad, todos los cuales se otorgan y reconocen, y el trabajador así lo acuerdan sin que tengan carácter salarial y por lo tanto no tienen efecto prestacional o incidencia en la base de aportes en la

seguridad social o parafiscal en especial este acuerdo se refiere a auxilios en dinero o en especie, primas periódicas o de antigüedad o en general beneficios de esa naturaleza los que podrán ser modificados o suprimidos por el empleador de acuerdo con su determinación unilateral tal como fue otorgado. **DÉCIMA SEGUNDA: MODIFICACION DE LAS CONDICIONES LABORALES.** El TRABAJADOR acepta desde ahora expresamente todas las modificaciones determinadas por el EMPLEADOR, en ejercicio de su poder subordinante, de sus condiciones laborales, tales como la jornada de trabajo, el lugar de prestación de servicio, el cargo u oficio y/o funciones y la forma de remuneración, siempre que tales modificaciones no afecten su honor, dignidad o sus derechos mínimos ni impliquen desmejoras sustanciales o graves perjuicios para él, de conformidad con lo dispuesto en la Ley. **DÉCIMA TERCERA: EFECTOS.** El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquiera otro contrato, verbal o escrito, celebrado entre las partes con anterioridad, pudiendo las partes convenir por escrito modificaciones al mismo, las que formarán parte integrante de este contrato.

Se suscribe por las partes que intervienen en el acto, en señal de aceptación a **12 de Enero de 2018.**



NAY TRUJILLO TRIANA
REPRESENTANTE LEGAL
NAY DEMOLICIONES S.A.S
EL EMPLEADOR
NIT. 901.106.339-6



BRALLAN NAY TRUJILLO NAVARRO
C.C 1.018.489.301 de Bogotá
EL TRABAJADOR

minerva 10-03

Hoja de vida LA ORIGINAL Minerva 1993

SIEMPRE AL DIA!®

www.formasminerva.com

HOJA DE VIDA
PARA SOLICITUD DE EMPLEO

Diligencie su Hoja de Vida en letra clara y legible o en computador.

Fecha (D / M / A)	Empleo o cargo en el que está interesado	Código cargo
	Operario retro excavadora	

I. INFORMACIÓN GENERAL

(*) Respuesta opcional Ley 13 de 1972 Art. 5 Convenio 111 OIT.



Apellido(s) del aspirante	Nombre(s) del aspirante
Trujillo Navarro	Brallan Nay
Lugar y fecha de nacimiento	
Chaparral - Tolima 24 Agosto 1996	
Dirección domicilio / Barrio	**Ciudad**
Kr 98 B 73 sur 15 El recreo	Bogotá D.C
Teléfono	**No. Celular**
4770601	3178029515
Correo electrónico	**Nacionalidad**
naytrujillo@hotmail.com	Colombiano

Profesión, ocupación u oficio	(*) Estado civil	Años de experiencia laboral
operario retro excavadora	soltero	1 año

DOCUMENTACIÓN

(**)Respuesta opcional Art. 111, decreto 2150 de 1995

Cédula de ciudadanía: [X]	N° 1018489301	(**) Libreta militar N° 1018489301	Primera clase: [X]
Extranjería: [ ]	Expedida en: Bogotá D.C	Distrito N° 002	Segunda clase: [ ]
Tarjeta profesional N°	¿Tiene vehículo? Si [ ] No [X]	Licencia de conducción N°	Categoría

II. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Está trabajando actualmente? Si [ ] No [ ]	¿En qué empresa?	Empleado [ ] Independiente [ ]	Tipo de contrato
¿Trabajó antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	¿Solicitó empleo antes en esta empresa? Si [ ] No [X]	Fecha (D / M / A)	¿Lo recomienda alguien de esta empresa? Si [ ] No [ ] — Nombre / Dependencia
¿Tiene parientes que trabajan en esta empresa? Si [ ] No [X]	Nombre / Dependencia	¿Cómo tuvo conocimiento de la existencia de la vacante? Anuncio [ ] Amigo [X] Por medio de agencia [ ] Otro [ ] ¿Cuál?	
¿En qué ciudad o población ha vivido la mayor parte de su vida?	¿En qué ciudades o regiones del país ha trabajado?	¿Aceptaría trabajar en una ciudad o sitio distinto al inicialmente contratado? Si [ ] No [ ]	
Vive en casa: ¿Familiar? [ ] ¿Propia? [X] ¿Alquilada? [ ]	Nombre del arrendador	Teléfono	¿Hace cuánto tiempo reside en este lugar?
¿Actualmente tiene algún ingreso adicional? Si [ ] No [ ]	Descríbalo e indique su valor mensual	¿Cuánto suman sus obligaciones económicas mensuales? $ 600.000	
¿Por qué conceptos? Transporte, Alimentación, Servicios		¿Cual es su aspiración salarial? $ El Asignado	
¿Cuál es su principal afición? El Futbol	¿Practica algún deporte? Si [X] No [ ]	¿Cuál(es)? Futbol	
¿Alguna vez ha obtenido distinciones o reconocimientos por su desempeño en actividades deportivas, culturales, sociales, etc? Si [X] No [ ] ¿Cuál(es)? Campeonato de Futbol			
¿Pertenece a algún tipo de asociación comunitaria, deportiva, cultural, etc.? Si [ ] No [X] ¿Cuál(es)?			

OBJETIVO Mencione brevemente que expectativas tiene a nivel laboral, educativo y personal e indique como planea hacerlas realidad.

A nivel laboral: Cumplir satisfactoriamente la tarea asignada, a nivel educativo: Realizar una Carrera profesional y a nivel personal: enriquecer mis Conocimientos y aportar mis Capacidades ala empresa

10765035

7 702124 007813 >

minerva © by Legis. Prohibida su reproducción. Se denunciarán penalmente las falsificaciones

REV. 04 - 2016

III. INFORMACIÓN FAMILIAR

Nombre esposa(o) o compañera(o)	Profesión, ocupación u oficio	Empresa donde trabaja	
Cargo actual	**Dirección**	**Teléfono**	**Ciudad**
Nº de personas que dependen económicamente del solicitante	**Parentesco**	**Edades**	
Nombre(s) padre(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Nay Trujillo Triana	Independiente	3102648524	
Alba Janeth Navarro	Modista	3108566102	
Nombre(s) hermano(s)	**Profesión, ocupación u oficio**	**Teléfono(s)**	
Estrella Margarita Trujillo	Estudiante		

IV. EDUCACIÓN Y APTITUDES

ESTUDIOS	AÑO DE FINALIZACIÓN	AÑOS CURSADOS	TITULO OBTENIDO	NOMBRE DE LA INSTITUCION	CIUDAD
Primaria	2008	5	primaria	Gimnasio los Sauces	Bogotá D.C
Bachillerato Clásico [X] Técnico [ ]	2014	6	Bachiller Acad	Gimnasio los Sauces	Bogotá D.C
Comercial [ ] Otro [ ]					
Educación Superior Técnico [ ]					
Técnológico [ ]					
Profesional [ ]					
Postgrados					

Otros: cursos, diplomados, seminarios	Intensidad horaria	Nombre del programa	Institución

¿Cursa estudios actualmente? Si [ ] No [ ]	¿Qué tipo de estudios?	Duración (años, semestres, meses)	Año / semestre que cursa

Nombre de la institución	Horario	Diurno [ ]	Fin de semana [ ]
		Nocturno [ ]	A distancia [ ]

OTROS CONOCIMIENTOS: Indique el grado de dominio **R** - Regular, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

Sistemas Si [ ] No [ ]	1.	R	B	MB	3.	R	B	MB
¿Qué programas maneja?	2.	R	B	MB	4.	R	B	MB

Idiomas		Lectura			Escritura			Habla		
Si [ ] No [ ]	1.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB
¿Qué idioma(s) conoce?	2.	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

Nota: en caso de ser contratado(a) favor preparar toda la documentación.

V. TRAYECTORIA POR EMPRESAS

MARQUE CON UNA EQUIS (X) EN QUÉ CLASE DE EMPRESA(S) HA TRABAJADO Y EN QUÉ ÁREA(S) DE ESTA(S) EMPRESA(S) SE HA DESEMPEÑADO

EMPRESAS POR ACTIVIDADES ECONÓMICAS (*)

AGRICULTURA [ ]	Metalurgia [ ]	FINANCIERO [ ]			
GANADERIA / AVICULTURA [ ]	Maquinaria [ ]	INMOBILIARIO [ ]			
MINERIA [ ]	Automotores [ ]	INFORMATICO [ ]			
HIDROCARBUROS [ ]	Muebles [ ]	SALUD [ ]			
INDUSTRIA [ ]	Reciclaje [ ]	EDUCACION [ ]			
Alimentos y Bebidas [ ]	OTROS (¿Cuáles?) [ ]	SEGUROS [ ]			
Tabaco [ ]	_____ [ ]	TURISMO / RECREACION [ ]			
Textiles y Confecciones [ ]	_____ [ ]	OTROS SERVICIOS [ ]			
Cuero y Calzado [ ]	ELECTRICIDAD / GAS / AGUA [ ]	Asesorías Profesionales [ ]			
Papel y Cartón [ ]	CONSTRUCCION [ ]	Servicios Temporales [ ]			
Editorial y Artes Gráficas [ ]	COMERCIO [ ]	Seguridad Vigilancia [ ]			
Químico y Farmacéutico [ ]	HOTELES Y RESTAURANTES [ ]	OTROS SECTORES [ ]			
Caucho y Plástico [ ]	TRANSPORTE Y ALMACENAMIENTO [ ]	_____ [ ]			
Vidrio, Cerámica y Cemento [ ]	COMUNICACIONES [ ]				

ÁREA DE LA EMPRESA

Administración [ ]	Personal [ ]		
Auditoría [ ]	Sistemas [ ]		
Bodega [ ]	Tesorería [ ]		
Compras [ ]	OTRAS (¿Cuáles?) [ ]		
Contabilidad [ ]	_____		
Costos [ ]	_____		
Crédito y Cobranzas [ ]	_____		
Diseño [ ]	_____		
Finanzas [ ]	_____		
Gerencia General [ ]	_____		
Impuestos [ ]	_____		
Mercadeo [ ]	_____		
Producción [ ]	_____		
Publicidad [ ]	_____		

(*) Resumen Clasificación Industrial Actividades Económicas para Colombia DANE.

VII. REFERENCIAS PERSONALES

Relacione dos nombres de personas distintas a familiares o empleadores

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
1.-	Victor Alfonso Vargas	Ingeniero	C1153 #87-21 Sur	3165301244
2.-	Orlando Giraldo	Seguridad privada	Cr88#49D-43 Sur	3147736694

Nombre de un familiar que podamos contactar en caso de no localizarlo a usted directamente

	Nombre	Ocupación	Dirección	Teléfono
3.-	Nay Trujillo Triana	Independiente	3102648524	

Verificación *(Espacio exclusivo para el empleador)*

1.-

2.-

3.-

Autorizo pedir información de mi Hoja de Vida sin ninguna restricción. ☐ Marque con una X

Baje gratis el archivo para diligenciar e imprimir esta hoja de vida en www.formasminerva.com

Ingrese su Hoja de Vida en: ALIADO LABORAL .COM www.aliadolaboral.com

Nota importante

Favor no llamar por teléfono ni acudir a preguntar por el resultado de esta solicitud. Nosotros le avisaremos, gracias

Certificación

Para todos los efectos legales, certifico que todas las respuestas e informaciones anotadas por mi en la presente hoja de vida son veraces (C. S. T., Art. 62 Num. 1º) Régimen Laboral Colombiano § 1057 (Legis).

Firma del solicitante

Brallan. T

C.C. 1078489301

VIII. ADMINISTRACIÓN PROCESO DE SELECCIÓN (Espacio exclusivo para el empleador)

NOMBRE DEL ENTREVISTADOR	ENTREVISTA		OBSERVACIONES DEL ASPIRANTE		
	Día	Hora	Asistió a Entrevista Si	Asistió a Entrevista No	Hora de Llegada
1.-					
2.-					

ALGUNOS ASPECTOS IMPORTANTES PARA EL CARGO, **R** - Regular, **B** - Bien, **MB** - Muy Bien

Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Aspectos	Primer Entrevistador			Segundo Entrevistador			Otros aspectos
	R	B	MB	R	B	MB		R	B	MB	R	B	MB	
Puntualidad							Desempeño en cargos anteriores							
Presentación							Aceptables motivos de retiro de cargos anteriores							
Aspectos de vigor y salud							Se ajusta al perfil							
Facilidad de expresión														

CONCLUSIONES DE LA ENTREVISTA

Primer entrevistador

Segundo entrevistador

Candidato seleccionado definitivamente Si ☐ No ☐	Contrátese a partir del	Sueldo $
Candidato elegible próximamente Si ☐ No ☐	Cargo	Tipo de contrato

Referencias verificadas por	Primer entrevistador	Segundo entrevistador	Firma de quien autoriza contratación

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

INICIO CONTÁCTENOS PREGUNTAS FRECUENTES

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:
Que siendo las 04:25:06 PM horas del 31/07/2023, el ciudadano identificado con:
Cédula de Ciudadanía Nº **1018489301**
Apellidos y Nombres: **TRUJILLO NAVARRO BRALLAN NAY**

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.

Libertad y orden
RÉPUBLICA DE COLOMBIA

El Servicio Nacional de Aprendizaje SENA

En Cumplimiento del Decreto 1072 de 2015
otorga
Certificado de Competencia Laboral a

BRALLAN NAY TRUJILLO NAVARRO

Con CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1018489301

Quien demostró su Competencia Laboral en la
Norma

Operar excavadora hidráulica de acuerdo con manual técnico - NIVEL INTERMEDIO

Código: 270101113 - Versión: 1

En testimonio de lo anterior. se firma el presente en BOGOTÁ D.C.. A los seis (6) días del mes de Julio de dos mil veinte (2020)

Firmado Digitalmente por

766869 - 06/07/2020
No Y FECHA REGISTRO

Vigencia:
hasta el 6 de Julio de 2023

JAIME EDUARDO VALENCIA ESCANDON
Subdirector CENTRO DE TECNOLOGÍAS PARA LA CONSTRUCCIÓN Y LA MADERA
REGIONAL DISTRITO CAPITAL

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 9209002701011 13CC1018489301C.

ANEXO 2

AYM CONSULTORÍA S.A.S
Nit: 901410673 - 4

PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900452410	0	CONSTRUCTORA CAMACON S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CARRERA 96#72-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7049548	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	58024701	9453798685	E	2023/07/06	2023/07/21	BANCOLOMBIA	15	$685,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: ADMINISTRACION (1 Afiliados)						$2,173,920	$347,900			$2,173,920	$87,000			$2,173,920	$87,000			$2,173,920	$151,400		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (1 Afiliados)						$2,173,920	$347,900			$2,173,920	$87,000			$2,173,920	$87,000			$2,173,920	$151,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$2,173,920	$347,900			$2,173,920	$87,000			$2,173,920	$87,000			$2,173,920	$151,400		$0	$0
1	CC	1018510664	CASTRO CHINOME LUISA FERNANDA	231001	30	$2,173,920	$347,900	EPS017	30	$2,173,920	$87,000	CCF22	30	$2,173,920	$87,000	14-23	30	$2,173,920	$151,400	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$2,173,920	$347,900			$2,173,920	$87,000			$2,173,920	$87,000			$2,173,920	$151,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900452410	0	CONSTRUCTORA CAMACON S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CARRERA 96#72-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7049548	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	58024701	9453798685	E	2023/07/06	2023/07/21	BANCOLOMBIA	15	$685,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$347,900	$6,000	$0	$353,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$347,900	$6,000	$0	$353,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$151,400	$2,700	$0	$154,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$151,400	$2,700	$0	$154,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$87,000	$1,500	$0	$88,500
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	1	$87,000	$1,500	$0	$88,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$87,000	$1,500	$0	$88,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$87,000	$1,500	$0	$88,500
TOTAL				1	$673,300	$11,700	$0	$685,000

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900452410	0	CONSTRUCTORA CAMACON S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CARRERA 96#72-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7049548	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	39682094	9453467097	E	2023/07/06	2023/07/11	BANCOLOMBIA	5	$21,399,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: ADMINISTRACION (33 Afiliados)						$67,896,486	$11,034,200			$67,896,486	$2,715,000			$68,742,542	$2,748,800			$69,056,486	$4,778,500		$0	$0
Centro de Trabajo: ADMINISTRACION (6 Afiliados)						$13,636,667	$2,281,900			$13,636,667	$545,500			$14,216,667	$568,700			$14,796,667	$1,030,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)						$13,636,667	$2,281,900			$13,636,667	$545,500			$14,216,667	$568,700			$14,796,667	$1,030,000		$0	$0
1	CC	52531585	CASTELLANOS CULMA CLAUDIA PATRICIA	231001	30	$5,000,000	$850,000	EPS005	30	$5,000,000	$200,000	CCF22	30	$5,000,000	$200,000	14-23	30	$5,000,000	$348,000	30	$0	$0
2	CC	4079408	CASTRO MARTINEZ LUIS FELIPE	25-14	30	$5,000,000	$850,000	EPS017	30	$5,000,000	$200,000	CCF22	30	$5,000,000	$200,000	14-23	30	$5,000,000	$348,000	30	$0	$0
3	CC	51670297	GOMEZ GLORIA PATRICIA		0	$0	$0		0	$0	$0	CCF22	8	$580,000	$23,200	14-23	30	$1,160,000	$80,800	8	$0	$0
4	CC	1050200005	MANOSALVA CHINOME NELCY ESTHER	25-14	11	$476,667	$76,300	EPS017	11	$476,667	$19,100	CCF22	11	$476,667	$19,100	14-23	11	$476,667	$33,200	11	$0	$0
5	CC	52663630	MONGUA LANCHEROS SANDRA MILENA	230201	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
6	CC	1030616754	MONTERO JAIMES JONATHAN JESUS	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-23	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
Centro de Trabajo: BOSA. (22 Afiliados)						$46,410,169	$7,496,100			$46,410,169	$1,855,200			$46,676,225	$1,865,800			$46,410,169	$3,228,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (22 Afiliados)						$46,410,169	$7,496,100			$46,410,169	$1,855,200			$46,676,225	$1,865,800			$46,410,169	$3,228,200		$0	$0
7	CC	1012465998	AREVALO MORANTES JEISSON DAVID	230201	3	$130,000	$20,800	EPS002	3	$130,000	$5,200	CCF22	3	$130,000	$5,200	14-23	3	$130,000	$9,100	3	$0	$0
8	CC	1023949852	BOLAÑOS APONTE ROBERT STIVEN	230301	30	$1,800,000	$288,000	EPS010	30	$1,800,000	$72,000	CCF22	30	$1,800,000	$72,000	14-23	30	$1,800,000	$125,300	30	$0	$0
9	CC	52871577	CAMARGO GARCIA LUZ MARCELA	231001	22	$850,667	$136,200	EPS010	22	$850,667	$34,100	CCF22	22	$1,061,723	$42,500	14-23	22	$850,667	$59,300	22	$0	$0
10	CC	1072669956	CARREÑO VALDERRAMA ROCIO CATALINA	230301	30	$2,300,000	$368,000	EPS005	30	$2,300,000	$92,000	CCF22	30	$2,300,000	$92,000	14-23	30	$2,300,000	$160,100	30	$0	$0
11	CC	1069768587	CHAVES RODRIGUEZ YERICA ALEXANDRA	230301	30	$1,241,557	$198,700	EPS017	30	$1,241,557	$49,700	CCF22	30	$1,241,557	$49,700	14-23	30	$1,241,557	$86,500	30	$0	$0
12	CC	1000000946	CORTES PERILLA WILSON DANIEL	230301	30	$1,601,560	$256,300	EPS008	30	$1,601,560	$64,100	CCF22	30	$1,601,560	$64,100	14-23	30	$1,601,560	$111,500	30	$0	$0
13	CC	1109842388	CUMACO SANTOFIMIO DEISON	231001	30	$1,284,450	$205,600	EPS037	30	$1,284,450	$51,400	CCF22	30	$1,284,450	$51,400	14-23	30	$1,284,450	$89,400	30	$0	$0
14	CC	1014205021	ESTUPIÑAN HERNANDEZ LUIS ENRIQUE	230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$64,000	CCF22	30	$1,600,000	$64,000	14-23	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0
15	CC	1030690306	FORERO MAHECHA FAIBER FARITH	230301	30	$2,000,000	$320,000	EPS017	30	$2,000,000	$80,000	CCF22	30	$2,000,000	$80,000	14-23	30	$2,000,000	$139,200	30	$0	$0
16	CC	1022419587	GONZALEZ CONTRERAS BRAYAN DAVID	25-14	6	$360,000	$57,600	EPS037	6	$360,000	$14,400	CCF22	6	$415,000	$16,600	14-23	6	$360,000	$25,100	6	$0	$0
17	CC	1125762705	MEDINA JESUS RAMIRO	230201	30	$1,234,912	$197,600	EPS017	30	$1,234,912	$49,400	CCF22	30	$1,234,912	$49,400	14-23	30	$1,234,912	$86,000	30	$0	$0
18	CC	1031133382	MONTENEGRO ESPITIA JULIAN ORLANDO	230301	30	$2,800,000	$448,000	EPS002	30	$2,800,000	$112,000	CCF22	30	$2,800,000	$112,000	14-23	30	$2,800,000	$194,900	30	$0	$0
19	CC	1109847019	MURCIA REYES JOSE DUVAN	230301	29	$1,163,623	$186,200	EPS005	29	$1,163,623	$46,600	CCF22	29	$1,163,623	$46,600	14-23	29	$1,163,623	$81,000	29	$0	$0
20	CC	1109847019	MURCIA REYES JOSE DUVAN	230301	1	$38,667	$6,200	EPS005	1	$38,667	$0	CCF22	1	$38,667	$0	14-23	1	$38,667	$0	1	$0	$0
21	CC	80191323	OSORIO JARAMILLO DALADIER	230201	30	$1,600,000	$256,000	EPS005	30	$1,600,000	$64,000	CCF22	30	$1,600,000	$64,000	14-23	30	$1,600,000	$111,400	30	$0	$0
22	CC	52528942	PARRA SOLER GINET ALEXANDRA	25-14	30	$2,400,000	$384,000	EPS005	30	$2,400,000	$96,000	CCF22	30	$2,400,000	$96,000	14-23	30	$2,400,000	$167,100	30	$0	$0
23	CC	80894371	QUIJANO VALENCIA JUAN GABRIEL	230201	23	$1,574,050	$251,900	EPS005	23	$1,574,050	$63,000	CCF22	23	$1,574,050	$63,000	14-23	23	$1,574,050	$109,600	23	$0	$0
24	CC	79395776	ROZO FABIO ANDRES	230301	30	$7,000,000	$1,190,000	EPS017	30	$7,000,000	$280,000	CCF22	30	$7,000,000	$280,000	14-23	30	$7,000,000	$487,200	30	$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
25	CC	1070012543	SAAVEDRA NIETO NELSON RODRIGO	230301	30	$3,200,000	$512,000	EPS017	30	$3,200,000	$128,000	CCF22	30	$3,200,000	$128,000	14-23	30	$3,200,000	$222,800	30	$0	$0
26	CC	1010086548	TORO HERRERA ANYI PAOLA	230201	30	$1,230,683	$197,000	EPS017	30	$1,230,683	$49,300	CCF22	30	$1,230,683	$49,300	14-23	30	$1,230,683	$85,700	30	$0	$0
27	CC	1022380777	TORRES ROJAS JENIFFER PAOLA	231001	30	$4,000,000	$640,000	EPS008	30	$4,000,000	$160,000	CCF22	30	$4,000,000	$160,000	14-23	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0
28	CC	1013620434	VALERO JIMENEZ YURY LICETH	231001	30	$3,000,000	$480,000	EPS005	30	$3,000,000	$120,000	CCF22	30	$3,000,000	$120,000	14-23	30	$3,000,000	$208,800	30	$0	$0
29	CC	1053302587	VARGAS VARGAS ANGELA CAROLINA	230301	30	$4,000,000	$640,000	EPS037	30	$4,000,000	$160,000	CCF22	30	$4,000,000	$160,000	14-23	30	$4,000,000	$278,400	30	$0	$0
Centro de Trabajo: OPERATIVA (5 Afiliados)						**$7,849,650**	**$1,256,200**			**$7,849,650**	**$314,300**			**$7,849,650**	**$314,300**			**$7,849,650**	**$520,300**		**$0**	**$0**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (5 Afiliados)						**$7,849,650**	**$1,256,200**			**$7,849,650**	**$314,300**			**$7,849,650**	**$314,300**			**$7,849,650**	**$520,300**		**$0**	**$0**
30	CC	79597584	BARRERA OTALORA OSCAR	231001	30	$1,498,187	$239,800	EPS005	30	$1,498,187	$60,000	CCF22	30	$1,498,187	$60,000	14-23	30	$1,498,187	$104,300	30	$0	$0
31	CC	13453563	ILES ORTEGON SERGIO ENRIQUE	25-14	24	$1,506,608	$241,100	EPS017	24	$1,506,608	$60,300	CCF22	24	$1,506,608	$60,300	14-23	24	$1,506,608	$104,900	24	$0	$0
32	CC	13453563	ILES ORTEGON SERGIO ENRIQUE	25-14	6	$376,652	$60,300	EPS017	6	$376,652	$15,100	CCF22	6	$376,652	$15,100	14-23	6	$376,652	$0	6	$0	$0
33	CC	79389366	TRIVIÑO RODRIGUEZ CARLOS HUMBERTO	230201	30	$1,282,828	$205,300	EPS008	30	$1,282,828	$51,400	CCF22	30	$1,282,828	$51,400	14-23	30	$1,282,828	$89,300	30	$0	$0
34	CC	79382732	VELANDIA PAEZ JOSE ANDRES	25-14	30	$1,785,375	$285,700	EPS005	30	$1,785,375	$71,500	CCF22	30	$1,785,375	$71,500	14-23	30	$1,785,375	$124,300	30	$0	$0
35	CC	1102380335	VELASCO FRANCO JUAN CARLOS	230301	30	$1,400,000	$224,000	EPS010	30	$1,400,000	$56,000	CCF22	30	$1,400,000	$56,000	14-23	30	$1,400,000	$97,500	30	$0	$0
Total			**Afiliados(33)**			**$67,896,486**	**$11,034,200**			**$67,896,486**	**$2,715,000**			**$68,742,542**	**$2,748,800**			**$69,056,486**	**$4,778,500**		**$0**	**$0**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 900452410	0	CONSTRUCTORA CAMACON S A S	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ADMINISTRACION	CARRERA 96#72-49	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7049548	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	39682094	9453467097	E	2023/07/06	2023/07/11	BANCOLOMBIA	5	$21,399,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				32	$11,034,200	$64,000	$0	$11,098,200
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	6	$2,551,600	$14,800	$0	$2,566,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	6	$1,955,000	$11,400	$0	$1,966,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	12	$4,893,400	$28,400	$0	$4,921,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	8	$1,634,200	$9,400	$0	$1,643,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				33	$4,778,500	$27,500	$0	$4,806,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	33	$4,778,500	$27,500	$0	$4,806,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				33	$2,748,800	$15,800	$0	$2,764,600
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	33	$2,748,800	$15,800	$0	$2,764,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 6)				32	$2,715,000	$15,900	$0	$2,730,900
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	3	$275,500	$1,600	$0	$277,100
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	3	$162,100	$1,000	$0	$163,100
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	10	$1,010,900	$5,900	$0	$1,016,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$272,200	$1,600	$0	$273,800
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$117,200	$700	$0	$117,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	10	$877,100	$5,100	$0	$882,200
TOTAL				**33**	**$21,276,500**	**$123,200**	**$0**	**$21,399,700**

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80222026	LUIS FERNANDO ROBLES CRUZ	CARRERA 10 No. 19 - 45	2434172	fernandoroblesing@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	06/07/2023	68950891	$434.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	145.000	0		0		0	0	0	0	145.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	80.800				80.800	0	0	80.800			808	80.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	23.200	0	0	23.200	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	145.000	145.000
Pensión	1	185.600	185.600
Riesgos Laborales	1	80.800	80.800
CCF	1	23.200	23.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	434.600	434.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80222026	LUIS FERNANDO ROBLES CRUZ		CARRERA 10 No. 19 - 45	2434172	fernandoroblesing@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	06/07/2023	68950891	$434.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80222026	ROBLES CRUZ LUIS FERNANDO	57	0			N																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	145.000	14-23	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	23.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901285772-9	JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS		CR 84 F 56 A 52 SUR	3125160502	Jfvias.contabilidad@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					19	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	01/08/2023	69722878	$744.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	4.700	0		0		0	13	100	0	4.800	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	68.200	0		0		0	13	1.100	0	69.300	5
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	11.200	0		0		0	13	200	0	11.400	7
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	3.200	0		0		0	13	100	0	3.300	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	4.700	0		0		0	13	100	0	4.800	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	3.200	0		0		0	13	100	0	3.300	2

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	18.600	0	0	0	0	13	300	0	18.900	3
230301	Porvenir	800224808-8	284.800	0	0	0	0	13	4.300	0	289.100	14
25-14	Colpensiones	900336004-7	74.300	0	0	0	0	13	1.200	0	75.500	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	164.500				164.500	13	2.500	167.000			1.645	167.000	19

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	95.200	13	1.500	96.700	19

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901285772-9	JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS		CR 84 F 56 A 52 SUR	3125160502	Jfvias.contabilidad@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					19	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	01/08/2023	69722878	$744.100	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	6	95.200	96.900
Pensión	3	377.700	383.500
Riesgos Laborales	1	164.500	167.000
CCF	1	95.200	96.700
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	11	732.600	744.100

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901285772-9	JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS		CR 84 F 56 A 52 SUR	3125160502	Jfvias.contabilidad@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					19	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	01/08/2023	69722878	$744.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1003712336	VARGAS BRAYAN ESTIP	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS005	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
2	CC	1003931066	RODRIGUEZ ORTIZ WILBERT	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS017	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
3	CC	1010183287	ROJAS LAMPREA YEISSON ANDRES	1	0			S	X	X															230201	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS017	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
4	CC	1023962582	AFRICANO CAMARGO CRISTHIAN RICARDO	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
5	CC	1030668706	ROMERO CRUZ SERGIO DAVID	1	0			S	X	X															230201	38.667	6.200	0	0	0	0	EPSC34	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
6	CC	1032360248	CERON PAEZ YEISON ALIRIO	1	0			S	X	X															230201	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS017	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
7	CC	1033744929	GONZALEZ LINARES WILMAR EFRAIN	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS017	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
8	CC	1047229886	DURANGO ARRIETA ANSELMO ANDRES	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS037	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
9	CC	1063786894	JARAMILLLO ARRIETA CARLOS ALFONSO	1	0			S	X																230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS002	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
10	CC	1073674942	CAMPOS FERNANDEZ FABIAN	1	0			S	X																25-14	77.334	12.400	0	0	0	0	EPS005	77.334	3.100	14-11	77.334	5	5.400	CCF24	77.334	3.100	0	0	0	0	0
11	CC	1111454508	OROZCO ROSERO JHON ALBERTO	1	0			S	X																230301	116.000	18.600	0	0	0	0	EPS041	116.000	4.700	14-11	116.000	5	8.100	CCF24	116.000	4.700	0	0	0	0	0
12	CC	1111794313	QUIÑONES GRUESO STERLING ARVEY	1	0			S	X																230301	77.334	12.400	0	0	0	0	EPS002	77.334	3.100	14-11	77.334	5	5.400	CCF24	77.334	3.100	0	0	0	0	0
13	CC	1124055088	FERNANDEZ MELVI ENRIQUE	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS017	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
14	CC	1233492845	CERON PAEZ DAVID TIBARDO	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS037	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
15	CC	1233901276	TRUJILLO GOMEZ JAIME ALBERTO	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS017	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
16	CC	12436480	CARDENAS PABON JHON JAIRO	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS017	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
17	PT	4289842	AGUILAR MARTINEZ NAUDI EMILIO	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPSC34	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
18	PT	5940121	CANELON MARTINEZ RICARDO MANUEL	1	0			S	X	X															230301	38.667	6.200	0	0	0	0	EPS005	38.667	1.600	14-11	38.667	5	2.700	CCF24	38.667	1.600	0	0	0	0	0
19	CC	96350489	CERON ORTIZ ALIRIO	1	0			S	X																25-14	386.667	61.900	0	0	0	0	EPS005	386.667	15.500	14-11	386.667	5	27.000	CCF24	386.667	15.500	0	0	0	0	0

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79795367	TEOFILO CARLOS YIDI VILLARREAL	AV CARRERA 30 60 25 OF 201	3193962597	eyhingenieria@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	06/07/2023	69060899	$770.200	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	325.000	0		0		0	0	0	0	325.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	416.000	0	0	0	0	0	0		416.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	13.600				13.600	0	0	13.600			136	13.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	15.600	0	0	15.600	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	325.000	325.000
Pensión	1	416.000	416.000
Riesgos Laborales	1	13.600	13.600
CCF	1	15.600	15.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	770.200	770.200

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79795367	TEOFILO CARLOS YIDI VILLARREAL		AV CARRERA 30 60 25 OF 201	3193962597	eyhingenieria@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	06/07/2023	69060899	$770.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornudo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79795367	YIDI VILLARREAL TEOFILO CARLOS	59	0			N																	25-14	2.600.000	416.000	0	0	0	0	EPS005	2.600.000	325.000	14-11	2.600.000	1	13.600	CCF24	2.600.000	15.600	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016027868	DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ	CALLE 1H NO 38A-51 APTO C-320	4070862	danicruz_m14@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	07/06/2023	68453660	$580.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	250.000	0		0		0	0	0	0	250.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	320.000	0	0	0	0	0	0		320.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.500				10.500	0	0	10.500			105	10.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	250.000	250.000
Pensión	1	320.000	320.000
Riesgos Laborales	1	10.500	10.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	580.500	580.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1016027868	DANIEL ORLANDO CRUZ RODRIGUEZ	CALLE 1H NO 38A-51 APTO C-320	4070862	danicruz_m14@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	I	07/06/2023	68453660	$580.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1016027868	CRUZ RODRIGUEZ DANIEL ORLANDO	59	0			N																	231001	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS017	2.000.000	250.000	14-23	2.000.000	1	10.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830502037-8	SEPROMED SAS		CR 31A 6 91	7516982	administracion@sepromed.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					29	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	07/07/2023	69171913	$12.301.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	207.800	0		0		0	0	0	0	207.800	4
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	170.100	0		0		0	0	0	0	170.100	3
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	288.400	0		0		0	0	0	0	288.400	5
EPS010	EPS Sura	800088702-2	96.700	0		0		0	0	0	0	96.700	2
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	654.900	0		0		0	0	0	0	654.900	11
EPS037	Nueva EPS	900156264-2	128.700	0		0		0	0	0	0	128.700	2
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	55.500	0		0		0	0	0	0	55.500	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	50.800	0		0		0	0	0	0	50.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	1.908.800	0	0	0	0	0	0		1.908.800	8
230301	Porvenir	800224808-8	3.183.100	0	0	0	0	0	0		3.183.100	14
231001	Colfondos	800227940-6	417.700	0	0	0	0	0	0		417.700	2
25-14	Colpensiones	900336004-7	1.099.900	0	0	0	0	0	0		1.099.900	5

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	2.386.100				2.386.100	0	0	2.386.100			23.861	2.386.100	29

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	1.652.900	0	0	1.652.900	29

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	830502037-8	SEPROMED SAS		CR 31A 6 91	7516982	administracion@sepromed.co	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					29	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	07/07/2023	69171913	$12.301.400	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	8	1.652.900	1.652.900
Pensión	4	6.609.500	6.609.500
Riesgos Laborales	1	2.386.100	2.386.100
CCF	1	1.652.900	1.652.900
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	14	12.301.400	12.301.400

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	830502037-8	SEPROMED SAS		CR 31A 6 91	7516982	administracion@sepromed.co
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					29	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	07/07/2023	69171913	$12.301.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AYP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014228773	OBANDO ROMERO NICOLAS STEVENS	1	0			S								X								230201	2.012.658	322.100	0	0	0	0	EPS037	2.012.658	80.600	14-25	2.012.658	5	140.100	CCF22	2.012.658	80.600	0	0	0	0	0
2	CC	1014269253	MALAVER GIRALDO CESAR ESTEBAN	1	0			S								X								230301	1.199.271	191.900	0	0	0	0	EPS017	1.199.271	48.000	14-25	1.199.271	5	83.500	CCF22	1.199.271	48.000	0	0	0	0	0
3	CC	1022358501	LOPEZ MUÑOZ BRYAN STIVEN	1	0			S																25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-25	1.160.000	3	28.300	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
4	CC	1022960127	GONZALEZ ROJAS JOSE ROBINSON	1	0			S								X								230301	1.386.683	221.900	0	0	0	0	EPS041	1.386.683	55.500	14-25	1.386.683	5	96.600	CCF22	1.386.683	55.500	0	0	0	0	0
5	CC	1023952944	SEGURA VIVAS FABIAN ANDRES	1	0			S	X							X								230201	1.202.292	192.400	0	0	0	0	EPS010	1.202.292	48.100	14-25	1.202.292	5	83.700	CCF22	1.202.292	48.100	0	0	0	0	0
6	CC	1024519070	ORTIZ FETECUA YULI VANESSA	1	0			S							X									230301	3.500.000	560.000	0	0	0	0	EPS017	3.500.000	140.000	14-25	3.500.000	5	243.600	CCF22	3.500.000	140.000	0	0	0	0	0
7	CC	1073166739	GUTIERREZ LOMELIN LIDIA YAMILE	1	0			S								X								230301	1.213.167	194.200	0	0	0	0	EPS010	1.213.167	48.600	14-25	1.213.167	5	84.500	CCF22	1.213.167	48.600	0	0	0	0	0
8	CC	11185364	ESPITIA CARDENAS CARLOS ALBERTO	1	0			S																230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-25	1.160.000	3	28.300	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
9	CC	33332557	BOHORQUEZ PEÑATE DIANA LUZ	1	0			S																25-14	1.500.000	240.000	0	0	0	0	EPS017	1.500.000	60.000	14-25	1.500.000	3	36.600	CCF22	1.500.000	60.000	0	0	0	0	0
10	CC	4166085	RAMIREZ CUESTA JAVIER DANILO	1	0			S																25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-25	1.160.000	3	28.300	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
11	CC	52312520	VALDERRAMA LOPEZ GINA ROCIO	1	0			S																25-14	1.600.000	256.000	0	0	0	0	EPS008	1.600.000	64.000	14-25	1.600.000	3	39.000	CCF22	1.600.000	64.000	0	0	0	0	0
12	CC	80119916	ROSERO REINOSO HAROLD FERNANDO	1	0			S								X								230201	1.879.897	300.800	0	0	0	0	EPS008	1.879.897	75.200	14-25	1.879.897	5	130.900	CCF22	1.879.897	75.200	0	0	0	0	0
13	CC	11451526	RODRIGUEZ MONTENEGRO NELSON	1	0			S																230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-25	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
14	CC	1013608530	LUNA ALZATE CARLOS MIGUEL	1	0			S								X								230301	1.402.149	224.400	0	0	0	0	EPS008	1.402.149	56.100	14-25	1.402.149	5	97.600	CCF22	1.402.149	56.100	0	0	0	0	0
15	CC	80921365	YAYA GOMEZ JORGE EDILSON	1	0			S								X								231001	1.386.683	221.900	0	0	0	0	EPS002	1.386.683	55.500	14-25	1.386.683	5	96.600	CCF22	1.386.683	55.500	0	0	0	0	0
16	CC	1000514043	MORALES RODRIGUEZ MIGUEL IVAN	1	0			S								X								230201	1.290.984	206.600	0	0	0	0	EPS017	1.290.984	51.700	14-25	1.290.984	5	89.900	CCF22	1.290.984	51.700	0	0	0	0	0
17	CC	1030531014	BOHORQUEZ GONZALEZ YENI CAROLINA	1	0			S																230201	1.931.769	309.100	0	0	0	0	EPS005	1.931.769	77.300	14-25	1.931.769	3	47.100	CCF22	1.931.769	77.300	0	0	0	0	0
18	CC	1006339112	ARIAS RESTREPO MICHAEL STIVEN	1	0			S								X								230301	1.269.958	203.200	0	0	0	0	EPSC34	1.269.958	50.800	14-25	1.269.958	5	88.400	CCF22	1.269.958	50.800	0	0	0	0	0
19	CC	1005678051	HERRERA ZABALETA ALDAIR JOSE	1	0			S								X								231001	1.223.438	195.800	0	0	0	0	EPS017	1.223.438	49.000	14-25	1.223.438	5	85.200	CCF22	1.223.438	49.000	0	0	0	0	0
20	CC	1023002594	BELTRAN ORTIZ JHONATAN TIBERIO	1	0			S								X								25-14	1.454.350	232.700	0	0	0	0	EPS017	1.454.350	58.200	14-25	1.454.350	5	101.300	CCF22	1.454.350	58.200	0	0	0	0	0
21	CC	1233694332	DE LA ROSA PEREZ JOSE DAVID	1	0			S								X								230301	1.386.683	221.900	0	0	0	0	EPS017	1.386.683	55.500	14-25	1.386.683	5	96.600	CCF22	1.386.683	55.500	0	0	0	0	0
22	CC	80750230	PINZON VASQUEZ DIEGO ALEJANDRO	1	0			S								X								230301	1.259.688	201.600	0	0	0	0	EPS002	1.259.688	50.400	14-25	1.259.688	5	87.700	CCF22	1.259.688	50.400	0	0	0	0	0
23	CC	79873125	ESCARRAGA GARCIA JAMES JAVIER	1	0			S																230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-25	1.160.000	3	28.300	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
24	CC	80175430	PEREZ LARA DIDIER GIOVANNI	1	0			S								X								230301	1.386.683	221.900	0	0	0	0	EPS002	1.386.683	55.500	14-25	1.386.683	5	96.600	CCF22	1.386.683	55.500	0	0	0	0	0
25	CC	1033740041	CRISTANCHO MORA JHON FERNY	1	0			S								X								230301	1.199.271	191.900	0	0	0	0	EPS017	1.199.271	48.000	14-25	1.199.271	5	83.500	CCF22	1.199.271	48.000	0	0	0	0	0
26	CC	93439378	PALOMO TAFUR ANDRES FELIPE	1	0			S								X								230301	1.166.042	186.600	0	0	0	0	EPS008	1.166.042	46.700	14-25	1.166.042	5	81.200	CCF22	1.166.042	46.700	0	0	0	0	0
27	CC	1005929731	GONZALEZ ROJAS JOHN ALEJANDRO	1	0			S								X								230201	1.290.984	206.600	0	0	0	0	EPS017	1.290.984	51.700	14-25	1.290.984	5	89.900	CCF22	1.290.984	51.700	0	0	0	0	0
28	CC	1061655997	RODRIGUEZ MOLANO CARLOS ALBERTO	1	0			S								X								230301	1.202.292	192.400	0	0	0	0	EPS037	1.202.292	48.100	14-25	1.202.292	5	83.700	CCF22	1.202.292	48.100	0	0	0	0	0
29	CC	80931776	DAZA TRIVIÑO JHONY ALEJANDRO	1	0			S																230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-25	1.160.000	3	28.300	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

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

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 830065444	7	PARQUE DE MAQUINARIAS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 22 # 5A-00	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3688777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	26063302	9453244617	E	2023/07/13	2023/07/04	BANCO AV VILLAS	0	$9,424,200

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (22 Afiliados)																							$31,969,334	$5,195,200			$31,969,334	$1,278,800			$31,717,860	$1,268,800			$31,969,334		$1,681,400		$0	$0		$9,424,200
Centro de Trabajo: ADMINISTRATIVOS (3 Afiliados)																							$10,320,000	$1,731,200			$10,320,000	$412,800			$10,320,000	$412,800			$10,320,000		$449,000		$0	$0		$3,005,800
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)																							$10,320,000	$1,731,200			$10,320,000	$412,800			$10,320,000	$412,800			$10,320,000		$449,000		$0	$0		$3,005,800
1	CC	1032397279	LEGUIZAMON JOSE																		25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
2	CC	51853013	MARIN ADRIANA																		25-14	30	$8,000,000	$1,360,000	EPS005	30	$8,000,000	$320,000	CCF22	30	$8,000,000	$320,000	14-4	30	$8,000,000	4.350%	$348,000	30	$0	$0	Si	$2,348,000
3	CC	52841296	PAREDES ERICA																		23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
Centro de Trabajo: PARQUE (8 Afiliados)																							$9,392,000	$1,502,800			$9,392,000	$375,700			$9,392,000	$375,700			$9,392,000		$408,900		$0	$0		$2,663,100
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)																							$9,392,000	$1,502,800			$9,392,000	$375,700			$9,392,000	$375,700			$9,392,000		$408,900		$0	$0		$2,663,100
4	CC	80499827	CANTOR FERNANDO																		23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
5	CC	79290099	CIFUENTES JULIO																		23030 1	30	$1,272,000	$203,600	EPS008	30	$1,272,000	$50,900	CCF22	30	$1,272,000	$50,900	14-4	30	$1,272,000	4.350%	$55,400	30	$0	$0	Si	$360,800
6	CC	79847911	CORTES CARLOS																		23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
7	CC	1018424519	GARZON STICK																		23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
8	CC	52164735	LEGUIZAMON SANDRA																		25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
9	CC	80722550	RODRIGUEZ GIOVANNI																		23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
10	CC	1001343016	RODRIGUEZ JOHAN																		23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
11	CC	79221338	TORRES DAMIAN																		25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
Centro de Trabajo: TALLER (1 Afiliados)																							$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$46,400			$1,160,000	$46,400			$1,160,000		$50,500		$0	$0		$328,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																							$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$46,400			$1,160,000	$46,400			$1,160,000		$50,500		$0	$0		$328,900
12	CC	80058212	PERDOMO ALEX																		23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	4.350%	$50,500	30	$0	$0	Si	$328,900
Centro de Trabajo: VACTOR NUEVO (10 Afiliados)																							$11,097,334	$1,775,600			$11,097,334	$443,900			$10,845,860	$433,900			$11,097,334		$773,000		$0	$0		$3,426,400
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (10 Afiliados)																							$11,097,334	$1,775,600			$11,097,334	$443,900			$10,845,860	$433,900			$11,097,334		$773,000		$0	$0		$3,426,400
13	CC	79509058	CORREA JESUS																		23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
14	CC	1070326075	HERNANDEZ ARNULFO																		23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
15	CC	80356627	MORALES JOSE																		23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
16	CC	1030565985	PINZON EDWIN																		23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
17	CC	80117578	RAMIREZ LUIS																		25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
18	CC	1104425133	RAMOS JESUS																		23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$908,526	$36,400	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$349,200
19	CC	1012366818	RODRIGUEZ CRISTIAN																		23030 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
20	CC	79835229	RODRIGUEZ LUIS	X	X																23030 1	17	$657,334	$105,200	EPS002	17	$657,334	$26,300	CCF22	17	$657,334	$26,300	14-4	17	$657,334	6.960%	$45,800	17	$0	$0	Si	$203,600
21	CC	80144495	RODRIGUEZ OSCAR																		23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS005	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
22	CC	1032488777	ZAMBRANO IVON																		23020 1	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$46,400	CCF22	30	$1,160,000	$46,400	14-4	30	$1,160,000	6.960%	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
Total			**Afiliados(22)**																				$31,969,334	$5,195,200			$31,969,334	$1,278,800			$31,717,860	$1,268,800			$31,969,334		$1,681,400		$0	$0		$9,424,200

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 830065444	7	PARQUE DE MAQUINARIAS SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CARRERA 22 # 5A-00	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3688777	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	26063302	9453244617	E	2023/07/13	2023/07/04	BANCO AV VILLAS	0	$9,424,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				22	$5,195,200	$0	$0	$5,195,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	5	$2,102,400	$0	$0	$2,102,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$1,422,400	$0	$0	$1,422,400
PROTECCION	230201	800,229,739	0	9	$1,670,400	$0	$0	$1,670,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				22	$1,681,400	$0	$0	$1,681,400
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	22	$1,681,400	$0	$0	$1,681,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				22	$1,268,800	$0	$0	$1,268,800
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	22	$1,268,800	$0	$0	$1,268,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 5)				22	$1,278,800	$0	$0	$1,278,800
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	7	$329,300	$0	$0	$329,300
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$46,400	$0	$0	$46,400
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	6	$278,400	$0	$0	$278,400
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$26,300	$0	$0	$26,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	7	$598,400	$0	$0	$598,400
TOTAL				**22**	**$9,424,200**	**$0**	**$0**	**$9,424,200**

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 900868163	2	INGEINCOL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ZONA SUR	ZONA SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6619803	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	55044544	9453691003	E	2023/07/17	2023/07/19	BANCO POPULAR		$2,085,400

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	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1059703868	BUENO YUDIER																		230301	30	$1,160,000	$301,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$475,200
2	CC	74333180	FONSECA LAZARO																		231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
3	CC	4949567	GARCIA GILBERTO																		230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
4	CC	1000129227	GUIZA KEVIN																		25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0	Si	$359,200
5	CC	1007255155	MENDOZA DANIEL		X																230301	8	$309,334	$49,500	EPS037	8	$309,334	$12,400	CCF21	8	$309,334	$12,400	14-11	8	$309,334	$21,600	8	$0	$0	Si	$95,900
6	CC	78764051	TANO JESUS	X																	230201	26	$1,005,334	$160,900	EPS017	26	$1,005,334	$40,300	CCF21	26	$1,005,334	$40,300	14-11	26	$1,005,334	$70,000	26	$0	$0	Si	$311,500
7	CC	1076384363	VALENCIA LUIS	X																	230201	10	$386,667	$61,900	EPS037	10	$386,667	$15,500	CCF21	10	$386,667	$15,500	14-11	10	$386,667	$27,000	10	$0	$0	Si	$119,900
Total	**Afiliados(7)**																						$6,341,335	$1,130,700			$6,341,335	$253,800			$6,341,335	$253,800			$6,341,335	$441,800		$0	$0		$2,080,100

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 900868163	2	INGEINCOL SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	ZONA SUR	ZONA SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6619803	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	55044544	9453691003	E	2023/07/17	2023/07/19	BANCO POPULAR		$2,085,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				7	$1,130,700	$0	$1,133,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$185,600	$0	$186,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$0	$186,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$536,700	$0	$538,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$222,800	$0	$223,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$441,800	$0	$442,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	7	$441,800	$0	$442,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$253,800	$0	$254,400
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	7	$253,800	$0	$254,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$253,800	$0	$254,500
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	3	$133,100	$0	$133,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$120,700	$0	$121,000
TOTAL				7	$2,080,100	$0	$2,085,400

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3166666		FAVIO LESMES DUARTE	INDEPENDIENTE	Principal	CLL 52B #113C - 12 BL 1 INT 2 APT301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5356591	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	52934902	9452934902	I	2023/07/18	2023/07/19	BANCO AV VILLAS	1	$366,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: Principal (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$339,130	$6,800			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$339,130	$6,800			$1,160,000	$28,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$339,130	$6,800			$1,160,000	$28,300		$0	$0
1	CC	3166666 LESMES FAVIO	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$145,000	CCF21	30	$339,130	$6,800	14-11	30	$1,160,000	$28,300	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$339,130	$6,800			$1,160,000	$28,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3166666		FAVIO LESMES DUARTE	INDEPENDIENTE	Principal	CLL 52B #113C - 12 BL 1 INT 2 APT301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5356591	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-06	52934902	9452934902	I	2023/07/18	2023/07/19	BANCO AV VILLAS	1	$366,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$300	$0	$185,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$185,600	$300	$0	$185,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,300	$100	$0	$28,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$28,300	$100	$0	$28,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$200	$0	$145,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$145,000	$200	$0	$145,200
TOTAL				**1**	**$365,700**	**$700**	**$0**	**$366,400**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3166666	0	LESMES DUARTE FAVIO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	FAVIO LESMES	CLL 152B # 113C - 12 BL 1 INT 2 APT 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5356591	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	53431939	9453431939	E	2023/07/18	2023/07/19	BANCO AV VILLAS	1	$3,861,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: FAVIO LESMES OBRA 1 (3 Afiliados)						$3,480,000	$556,800			$3,480,000	$139,200			$3,480,000	$139,200			$3,480,000	$242,400		$0	$0
Centro de Trabajo: OBRA 1 (3 Afiliados)						$3,480,000	$556,800			$3,480,000	$139,200			$3,480,000	$139,200			$3,480,000	$242,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (3 Afiliados)						$3,480,000	$556,800			$3,480,000	$139,200			$3,480,000	$139,200			$3,480,000	$242,400		$0	$0
1	CC	1014307019	LESMES JUAN	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
2	CC	1023907571	RINCON EDISSON	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPSC34	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
3	CC	1023922705	RINCON EDWIN	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPSC34	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: FAVIO LESMES BOSA (8 Afiliados)						$8,970,667	$1,435,400			$8,970,667	$358,900			$8,970,667	$358,900			$8,970,667	$624,900		$0	$0
Centro de Trabajo: BOSA (8 Afiliados)						$8,970,667	$1,435,400			$8,970,667	$358,900			$8,970,667	$358,900			$8,970,667	$624,900		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (8 Afiliados)						$8,970,667	$1,435,400			$8,970,667	$358,900			$8,970,667	$358,900			$8,970,667	$624,900		$0	$0
4	CC	79892629	APONTE GIOVANNY	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS008	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
5	CC	79063309	CERON LAUREANO	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
6	CC	1022978897	COLORADO CHRISTIAN	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
7	CC	10893718	DIAZ BERNARDO	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
8	CC	5864719	NUÑEZ ORENCIO	25-14	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
9	CC	1022369699	OSPINA KAREN	230201	30	$1,160,000	$185,600	EPS002	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
10	CC	11347956	PINZON ELMER	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS017	30	$1,160,000	$46,400	CCF21	30	$1,160,000	$46,400	14-11	30	$1,160,000	$80,800	30	$0	$0
11	CC	1023009412	TAUTIVA SANTIAGO	230201	22	$850,667	$136,200	EPS017	22	$850,667	$34,100	CCF21	22	$850,667	$34,100	14-11	22	$850,667	$59,300	22	$0	$0
Total			**Afiliados(11)**			$12,450,667	$1,992,200			$12,450,667	$498,100			$12,450,667	$498,100			$12,450,667	$867,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 3166666	0	LESMES DUARTE FAVIO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	FAVIO LESMES	CLL 152B # 113C - 12 BL 1 INT 2 APT 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5356591	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-06	2023-07	53431939	9453431939	E	2023/07/18	2023/07/19	BANCO AV VILLAS	1	$3,861,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				11	$1,992,200	$2,600	$0	$1,994,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$185,600	$300	$0	$185,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$1,113,600	$1,400	$0	$1,115,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	4	$693,000	$900	$0	$693,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$867,300	$1,100	$0	$868,400
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	11	$867,300	$1,100	$0	$868,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$498,100	$700	$0	$498,800
CAFAM	CCF21	860,013,570	3	11	$498,100	$700	$0	$498,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				11	$498,100	$900	$0	$499,000
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	2	$92,800	$200	$0	$93,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	2	$92,800	$200	$0	$93,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	$219,700	$300	$0	$220,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$92,800	$200	$0	$93,000
TOTAL				**11**	**$3,855,700**	**$5,300**	**$0**	**$3,861,000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 79220048
DESDE JUNIO 2023 HASTA JUNIO 2023

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	830091870
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MASERCO SAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 38 # 10-60 OF 601	TELÉFONO:	3750153
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de carreteras y vías de ferrocarril.
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS DEL COTIZANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	79220048
APELLLIDOS:	PEREZ AVILES	NOMBRES:	CARLOS HENRY
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
TIPO COTIZANTE:	DEPEND	SUBTIPO COTIZANTE:	
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:	NO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:	NO
TIPO DE SALARIO:	FIJO		
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

PLANILLA No:	7882800867	TIPO DE PLANILLA:	E	PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	mayo - 2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	junio - 2023	FECHA DE PAGO:	20/06/2023	FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:	ÚNICO

	NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES								
																	PENSIÓN									SALUD						ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																						SUBSISTENCI	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
$ 1.160.000																		230301-PORVENIR	30	$ 1.160.000	$ 185.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 185.600	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.160.000	$ 46.400	$ 0	$ 46.400	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	30	$ 1.160.000		$ 80.800	30	$ 1.160.000	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 46.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 359.200

Planilla Pagada

Entregado por: _____

Recibido por: _____

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901243178-3	WILCAM CONSTRUCCIONES SAS		cr 84 f n 56 a 52 sur	3016911134	ramirezjximena@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	CONDUCTORES	002	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-05	E	31/07/2023	69711175	$751.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	46.400	0		0		0	40	2.200	0	48.600	1
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	46.400	0		0		0	40	2.200	0	48.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	40	8.600	0	194.200	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	40	8.600	0	194.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	161.600				161.600	40	7.500	169.100			1.616	169.100	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	92.800	40	4.300	97.100	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	92.800	97.200
Pensión	2	371.200	388.400
Riesgos Laborales	1	161.600	169.100
CCF	1	92.800	97.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	718.400	751.800

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901243178-3	WILCAM CONSTRUCCIONES SAS		cr 84 f n 56 a 52 sur	3016911134	ramirezjximena@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
SUCURSAL	C – MIPYME	CONDUCTORES	002	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-05	E	31/07/2023	69711175	$751.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79996402	RODRIGUEZ MANCIPE WILLIAM ALEXANDER	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS008	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
2	CC	79270617	RIVAS CASTELLANOS GILBERTO	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF22	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901402058-0	OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS	dg 35 18 43	3192462332	ernestojoya959@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	17/07/2023	69391347	$1.807.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	46.400	0		0		0	0	0	0	46.400	1
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	148.500	0		0		0	0	0	0	148.500	5

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	12.400	0	0	0	0	0	0		12.400	1
230301	Porvenir	800224808-8	581.600	0	0	0	0	0	0		581.600	4
231001	Colfondos	800227940-6	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1
25-14	Colpensiones	900336004-7	185.600	0	0	0	0	0	0		185.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	420.200				420.200	0	0	420.200			4.202	420.200	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF21	Cafam	860013570-3	181.200	0	0	181.200	7

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	3	241.300	241.300
Pensión	4	965.200	965.200
Riesgos Laborales	1	420.200	420.200
CCF	1	181.200	181.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	9	1.807.900	1.807.900

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901402058-0	OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS		dg 35 18 43	3192462332	ernestojoya959@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					7	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	17/07/2023	69391347	$1.807.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80844220	PULIDO RATIVA OSCAR JAVIER	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	34.800	0	0	0	0	0
2	CC	87945918	QUIÑONES MOSQUERA JUAN EVERT	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS005	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	34.800	0	0	0	0	0
3	CC	79740848	CONTRERAS JIMENEZ HERIBERTO	1	0			S																	231001	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS017	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	34.800	0	0	0	0	0
4	CC	80236714	JOYA MARENTES ERNESTO	1	0			S																	25-14	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS010	1.160.000	46.400	14-11	1.160.000	5	80.800	CCF21	1.160.000	34.800	0	0	0	0	0
5	CC	98428923	BERMUDES QUIÑONES YILSON MANUEL	1	0			S	X																230301	657.334	105.200	0	0	0	0	EPS017	657.334	26.300	14-11	657.334	5	45.800	CCF21	657.334	19.800	0	0	0	0	0
6	CC	12912002	CASTILLO QUIÑONES SEGUNDO	1	0			S	X																230301	657.334	105.200	0	0	0	0	EPS017	657.334	26.300	14-11	657.334	5	45.800	CCF21	657.334	19.800	0	0	0	0	0
7	CC	9737122	PALACIO CORTES RIGOBERTO	1	0			S	X																230201	77.334	12.400	0	0	0	0	EPS017	77.334	3.100	14-11	77.334	5	5.400	CCF21	77.334	2.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901106339-6	NAY DEMOLICIONES SAS		CL 52 SUR 99-72	3214444079	asesoriasempresarialesmgsas@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	13/07/2023	68879760	$719.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	46.400	0		0		0	1	100	0	46.500	1
EPSC34	Recaudo SGP Capital Salud	900298372-9	46.400	0		0		0	1	100	0	46.500	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	185.600	0	0	0	0	1	300	0	185.900	1
230301	Porvenir	800224808-8	185.600	0	0	0	0	1	300	0	185.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	161.600				161.600	1	200	161.800			1.616	161.800	2

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	92.800	1	200	93.000	2

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	2	92.800	93.000
Pensión	2	371.200	371.800
Riesgos Laborales	1	161.600	161.800
CCF	1	92.800	93.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	718.400	719.600

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901106339-6	NAY DEMOLICIONES SAS		CL 52 SUR 99-72	3214444079	asesoriasempresarialesmgsas@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SUCURSAL	B – menos de 200 c	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					2	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-07	2023-06	E	13/07/2023	68879760	$719.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1018489301	TRUJILLO NAVARRO BRALLAN NAY	1	0			S																	230301	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPS002	1.160.000	46.400	14-23	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0
2	CC	93451534	TRUJILLO TRIANA NAY	1	0			S																	230201	1.160.000	185.600	0	0	0	0	EPSC34	1.160.000	46.400	14-23	1.160.000	5	80.800	CCF24	1.160.000	46.400	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ANEXO 3

AYM CONSULTORÍA S.A.S
Nit: 901410673 - 4

EXAMENES DE INGRESO

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cll. 85 A No 22-32
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos: 7 020903 - 3 001465 - 7 435740
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 191.499

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
11 DÍA	07 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

CONSTRUCTORA CAMACON SAS	CONSTRUCTORA CAMACON SAS
Nombre de la empresa	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)

OYOLA SALAZAR OSCAR FERNANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	18 AÑOS 6 MESES 25 DÍAS	CC	1109840893
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
BOAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA DESEMPEÑAR LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL 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:

OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	PAQUETE OPERATIVO(EXAMEN MEDICO-OPTOMETRIA- AUDIOMETRIA)	✓

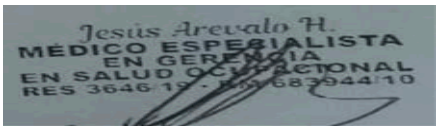
RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
		PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.
- INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
- PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
- REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS.

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: AREVALO HERNANDEZ JESUS DAVID

R. M.: 723457330 **L.S.O.:** 3646/08/2019

Código de Seguridad
W652C1I191499

Aspirante o Trabajador

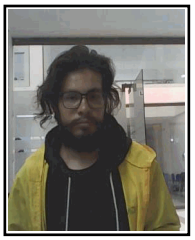
Firma:

Nombre: OYOLA SALAZAR OSCAR FERNANDO

CC: 1109840893

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cll. 85 A No 22-32
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos: 7 020903 - 3 001465 - 7 435740
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 193.045

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
19 DÍA	**07** MES	**2023** AÑO	**BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)** Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO**

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

CONSTRUCTORA CAMACON SAS	**CONSTRUCTORA CAMACON SAS**
Nombre de la empresa	**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)

VELANDIA CASTRO RICHARD STEVEN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	28 AÑOS 6 MESES 23 DÍAS	CC	1012417720
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CADENERO 2

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA DESEMPEÑAR LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.

Observaciones: *APTO*

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:

OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	PAQUETE OPERATIVO(EXAMEN MEDICO-OPTOMETRIA- AUDIOMETRIA)	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	
	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MANOS	
	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES	
	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	
	CAPACITAR EN LOS RIESGOS DEL CARGO SEGÚN MATRIZ A PELIGROS	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

- USAR CORRECCIÓN ÓPTICA PERMANENTE Y OBLIGATORIA SE RECOMIENDA ACTUALIZARLA
- PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN COVID 19
- SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.
- INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
- PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
- REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS.

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.

REYVELT
MEDICINA ESPECIALIZADA
Cuidamos De Tu Salud Laboral!

Nit: 900.868.701-5
SEDE NORTE: Cll. 85 A No 22-32
SEDE SUR: Cra. 60 No 11-14 L 4-5
Teléfonos: 7 020903 - 3 001465 - 7 435740
comercial@reyvelt.com - info@reyvelt.com
www.reyvelt.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 192.722

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	07 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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

CONSTRUCTORA CAMACON SAS	CONSTRUCTORA CAMACON SAS
Nombre de la empresa	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)

SANDOVAL CARDENAS ANTONIO ARMANDO	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	54 AÑOS 9 MESES 14 DÍAS	CC	80368198
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
CADENERO 1

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CONDICIÓN DE SALUD ADECUADA PARA DESEMPEÑAR LOS REQUERIMIENTOS DE LA TAREA Y DEL PERFIL DEL CARGO.

Observaciones: *APTO CON RECOMENDACIONES*

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:

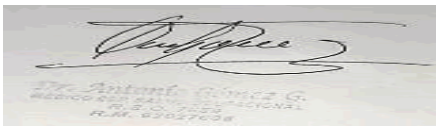
OPTOMETRIA OCUPACIONAL	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	✓
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	✓	PAQUETE OPERATIVO(EXAMEN MEDICO-OPTOMETRIA- AUDIOMETRIA)	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN CERCANA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	PRACTICAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES
USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA VISIÓN LEJANA	USO DE EPP	DIETA ESTRICTA BAJA EN SAL
VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA EN SU EPS		BAJAR DE PESO
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : CONTROLES MEDICOS Y NO SUSPENDER MEDICACION.		MANTENER DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

PACIENTE CON PATOLOGIA CRONICA EN CONTROL , BUEA ADHERENCIA AL TRATAMINETO. SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES NO SUSPENDER MEDICACION.
PROCURAR EL CUIDADO INTEGRAL DE SU SALUD. CUMPLIR CON LAS MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD PARA EVITAR CONTAGIO CON COVID19 Y MANTENER ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACIÓN.
SUMINISTRAR INFORMACIÓN CLARA, VERAZ Y COMPLETA SOBRE SU ESTADO DE SALUD AL ÁREA DE SST DE LA COMPAÑÍA.
INFORMAR OPORTUNAMENTE AL EMPLEADOR O CONTRATANTE ACERCA DE LOS PELIGROS Y RIESGOS LATENTES EN SU SITIO DE TRABAJO.
PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN DEFINIDAS EN EL PLAN DE CAPACITACIÓN DEL SG-SST DE LA EMPRESA.
REALIZAR PAUSAS O PERIODOS CORTOS DE DESCANSO, REALICE EJERCICIOS DE RELAJAMIENTO DE LOS MÚSCULOS DE LA COLUMNA Y DE LOS BRAZOS COMO MEDIDA PREVENTIVA OSTEOMUSCULAR.

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				Aspirante o Trabajador	
Firma:				**Firma:**	
Nombre:	GOMEZ GAMARRA ANTONIO CARLOS			**Nombre:**	SANDOVAL CARDENAS ANTONIO ARMANDO
R. M.:	92027608	**L.S.O.:** RES. 7859/2013	**Código de Seguridad** A652G1M192722	**CC:**	80368198

Clinisur IPS 1 Ltda. Salud Ocupacional

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000425109

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGEINCOL SAS FECHA 30/06/2023 07:05:23

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JONATHAN DAVID VILLADIEGO PEREZ **C.C** 7938508

EDAD 38 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑

LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS

REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.

OBSERVACION:

DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Henry Cedeño C.
Medico Especialista Gerencia y Control de Riesgos Profesionales
Res.1960 C.C. 1.028.043.602

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000425129

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGEINCOL SAS FECHA 30/06/2023 07:45:28

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JORGE LUIS PEREZ PEREZ **C.C** 3907892

EDAD 37 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☑	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE

Captura Biométrica

Dr. Henry Cedeño C.
Medico Especialista Gerencia y Control de Riesgos Profesionales
Res.1960 C.C. 1.028.043.602

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000428972

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGEINCOL SAS FECHA 21/07/2023 11:06:29

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: JOSE ANTONIO ROSAS BARRERA **C.C** 1116554248

EDAD 25 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OBRERO



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

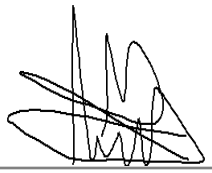
NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?



FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Henry Cedeño C.
Medico Especialista Gerencia y Control de Riesgos Profesionales
Res.1960 C.C. 1.028.043.602

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000429692

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: INGEINCOL SAS FECHA 25/07/2023 11:36:03

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RAFAEL ANTONIO DIAZ FINO **C.C** 5571903

EDAD 47 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** OFICIAL DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☑	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL OPTOMETRIA EPS / USO DE LENTES PARA LABORAR
VALORACION OTORRINOLARINGOLOGIA Y AUDIOMETRIA SEMESTRAL EPS/ USO OBLIGATORIO DE PROTECCION AUDITIVA/PAUTAS DE CUIDADO AUDITIVO / INGRESAR SVE AUDITIVO
CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Henry Cedeño C.
Medico Especialista Gerencia y Control de Riesgos Profesionales
Res.1960 C.C. 1.028.043.602

FIRMA DEL ESPECIALISTA

UNIDAD MÉDICA BOSA NOVA IPS
NIT 901458228-7
CÓDIGO DE HABILITACIÓN S.D.S: 1100137378-01
LIC. SALUD OCUPACIONAL: RESOLUCIÓN 9782 DEL 02/07/2021
Calle 62 Sur No 87B-22 Bosa Nova -Tropezon - Bogotá D.C.
Cel. 3102802760 - Tel. 7846348 - Email. unidadmedicabosanova@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 19.724

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	07 MES	2023 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

PARTICULARES	FAVIO LESMES DUARTE - NIT: 3166666-9
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

GONZALEZ JONATHAN	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	31 AÑOS 6 MESES 6 DÍAS	CC	1033750890
Apellidos y Nombres			Tipo	Número

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
APTO CON RECOMENDACIONES PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *MIOPIA, ASTIGMATISMO CON CORRECCION- HIPOACUSIA MODERADA BILATERAL- HIPERTRIGLICERIDEMIA LEVE*

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:

AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
VISIOMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
GLICEMIA	✓	EVALUACIÓN OCUPACIONAL OSTEOMUSCULAR	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTE	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : OTORRINOLARINGOLOGIA-NUTRICION	SVE AUDITIVO	HACER DEPORTE
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA : HIPOLIPIDICA
	DOBLE PROTECCIÓN AUDITIVA : - EN EXPOSICION A RUIDO MAYOR DE 85DB	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

REQUIERE VALORACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA PARA PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

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 mi en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico

Firma: Dra. Julieth Garay Urbina – Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo – Res. 987 de 27 / 01 2020

Nombre: GARAY URBINA JULIETH ANDREA

Aspirante o Trabajador

Firma: Jhonlan Gonzalez

Nombre: GONZALEZ JONATHAN



Powered by CamScan

R. M.: 1033765179 L.S.O.: 987 DE 27 ENERO 2020 Código de Seguridad CC: 1033750890
M895S1Y19724

Powered by CamScanner

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional LABORAR PARA TRABAJO EN ALTURAS

Empresa: OBRAS CIVILES Y PROYECTOS DEL NORTE S. A. S	Nit: 901.603795-3	Fecha: 2023-01-02
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso ___	Periódico ___
Nombres Y Apellido:	Carlos Henry Perez Aviles	CC.: 79220048
Edad: 40 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Operador de Minicargador
Peso: 65 Kg	Altura: 1.70 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional:	✔	Exámenes de Laboratorio:	Si ✔ No ___
Visiometría	___	Glic: ✔ Col: ✔	Trigi ✔ otros ___
Optometría	✔		
Audiometría	✔	Cuales: _____	
Espirometría	___	Radiografías:	
Prueba de equilibrio		Estable ✔	Inestable: ___
OSTEOMUSCULAR:		Normal	

El suscrito médico hace constar que el (la) señor (a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el Siguiente diagnóstico.

APTO	✔	MOTIVO	APTO PARA LABORAR EN ALTURAS
NO APTO	___	MOTIVO	_____

OBSERVACIONES:

USO DE EPP

CONTROL EPS

APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si ✔ NO ___

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor	SI	NO	Se sugiere reubicación laboral	SI	NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional	SI	NO	Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Carlos H Perez. A
FIRMA DEL PACIENTE



Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
TP.-73.4[illegible].440

FIRMA DEL ESPECIALISTA

Assmedic
Nit: 80014945
Salud Ocupaci

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 321 4994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000425184

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS FECHA 30/06/2023 10:05:01

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: STERLING ARVEY QUIÑONES GRUESO **C.C** 1111794313

EDAD 31 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☐		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

VALORACION OTORRINO Y AUDIOLOGIA EPS/
CONTROL MEDICO EPS
USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./ SE SUGIERE VALORACION AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.796.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000425191

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS FECHA 30/06/2023 10:27:12

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RICARDO MANUEL CANELON MARTINEZ **C.C** 5940121

EDAD 24 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☐	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☐		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROL MEDICO RUTINA EPS
USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
OBSERVACION: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.
SE SUGIERE AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Ricardo.

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Didier J. Rincon C.
Medico Especialista en Gerencia en Salud Ocupacional
Reg.11294 C.C. 79.687.676

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000425212

Régimen : RÉGIMEN

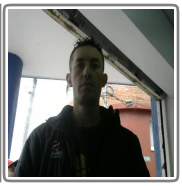
CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS FECHA 30/06/2023 11:10:46

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: FABIAN CAMPOS FERNANDEZ **C.C** 1073674942

EDAD 35 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE OBRA



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☐	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☐						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS/ HIGIENE POSTURAL / USO DE MEDIAS ANTIVARICE PREVENTIVO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000425193

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: JF VIAS Y CONSTRUCCIONES SAS FECHA 30/06/2023 10:30:17

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: CARLOS ALFONSO JARAMILLLO ARRIETA **C.C** 1063786894

EDAD 26 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** AYUDANTE DE CONSTRUCCION



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☐	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☐	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☐						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNA

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO DE RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR
SE SUGIERE REALIZAR AUDIOMETRIA Y VISIOMETRIA OCUPACIONAL
OBSERVACION:
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Carlos Jaramillo

FIRMA DEL PACIENTE



Claudia Patricia Gonzalez S.
Medico Especialista
Gerencia en Salud Ocupacional
Res. 11409-2014 C.C. 52.503.829

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

ASSMEDICA IPS CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD

Nit. 800.149.453-6 Salud Ocupacional **LABORAL**

Empresa: JF VÍAS Y CONSTRUCCIONES S.A.S	Nit: 901.285.772	Fecha: 2023-02-28
Pre Ocupacional o Ingreso ✔	Posocupacional Egreso	Periódico
Nombres Y Apellido:	Julio Andres Dominguez Epieyu	CC.: 1126124181
Edad: 44 AÑOS	Sexo: M	Cargo : Oficial
Peso: 80 Kg	Altura: 1.80 m	

EXÁMENES PARA CLÍNICOS REALIZADOS

Evaluación medico ocupacional: ✔	Exámenes de Laboratorio:				Si	No ✔
Visiometría:	Glic:	Col:	Trigi:	otros:		
Optometría ✔						
Audiometría: ✔	Cuales:					
Espirometría:	Radiografías:					
Prueba de equilibrio:	Estable ✔				Inestable:	
OSTEOMUSCULAR:	Normal					

El suscrito médico hace constar que el (la) señor (a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el Siguiente diagnóstico.

APTO ✔	MOTIVO	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
NO APTO	MOTIVO	

OBSERVACIONES:

USO DE EPP
CONTROL EPS
APTO PARA LABORAR EN ALTURAS Si NO

EXAMEN PERIÓDICO

Puede Continuar con su labor SI NO Se sugiere reubicación laboral SI NO

EXAMEN DE EGRESO

Sospecha de enfermedad profesional SI NO Cuál

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/CONTROL ADECUADO DEL PESO
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022

Julio Dominguez
FIRMA DEL PACIENTE

Juan Carlos Contreras
Medico Ocupacional
Universidad Nacional
T.P.- 73.465.440
FIRMA DEL ESPECIALISTA

Assmedic
Nit: 80014945
Salud Ocupaci

Carrera 21 nª 24-63 sur. Cels: 321 974 6445 - 321 974 6449 - 322 882 0001 – 3214 994 282
E-MAIL: contacto@assmedicaips.com web: https://assmedicaips.com
Horarios de confirmación para los exámenes: Lun a Vie de 8:00am 12:00 M y 2:00 pm a 5:00pm

E-mail: assmedicaips@hotmail.com - https://assmedicaips.com

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000425366

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS FECHA 01/07/2023 08:18:31

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: TANIA LIZBETH JOYA HERNANDEZ **C.C** 1001284113

EDAD 22 Años **SEXO** F **CARGO A DESEMPEÑAR** INSPECTOR SST



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐	NO ☑			
Visiometría	☐	Glic ☐	Col ☐	Trigli ☐	Otros ☐		
Optometría	☑	**¿Cuáles?**					
Audiometría	☑						
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑				
		Otros	☐				

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES
NINGUNA

RECOMENDACIONES
CONTROLES DE SALUD MEDICO EPS /USO DE EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR./REALIZACION DE PAUSAS ACTIVAS
DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO
Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

Tania Joya

FIRMA DEL PACIENTE



Dr. Anderson Y. Gómez A.
Medico Especialista en Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Res.4451 C.C 80.796.995

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com

CLINISUR IPS 1 LTDA

900148264

NÚMERO
0000425732

Régimen : RÉGIMEN

CERTIFICADO LABORAL

EMPRESA: OBRAS CIVILES Y ALQUILER DE MAQUINARIA JE SAS FECHA 04/07/2023 11:35:22

PREOCUPACIONAL O INGRESO ☑ POS-OCUPACIONAL O EGRESO ☐ PERIÓDICO ☐

NOMBRE Y APELLIDO: RIGOBERTO PALACIO CORTES **C.C** 9737122

EDAD 41 Años **SEXO** M **CARGO A DESEMPEÑAR** CONDUCTOR



EXÁMENES PRACTICADOS

Evaluación médico ocupacional	☑	Exámenes de laboratorio	SI ☐ NO ☑
Visiometría	☐	Glic ☐ Col ☐ Trigli ☐ Otros ☐	
Optometría	☑	**¿Cuáles?**	
Audiometría	☑		
Espirometría	☐	Énfasis Osteomuscular	☑
		Otros	☐

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

NINGUNO

El suscrito médico hace constar que el (la) señor(a) se presentó a valoración médica el día de hoy expidiendo el siguiente

CONCEPTO

LABORAR SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☑
LABORAR CON RESTRICCIÓN PARA EL CARGO ☐

	SI	NO	NA
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS	☐	☐	☑
RESTRICCIÓN PARA TRABAJO EN ESPACIOS CONFINADOS	☐	☐	☑

RESTRICCIONES

NINGUNO

RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS
REALIZAR PAUSAS ACTIVAS / USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR.
OBSERVACIONES: DAR CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCION 692 DEL 29 DE ABRIL DEL 2022.

EXÁMENES DE EGRESO

Sospecha de enfermedad laboral SI ☐ NO ☐ ¿Cuál?

FIRMA DEL PACIENTE



Ginna Marcela Prieto C.
MEDICO CIRUJANO
ESP. SALUD OCUPACIONAL
LIC. SO 11336/2017

FIRMA DEL ESPECIALISTA

CALLE 27 SUR No 19-07 PBX.:2784705 FAX.:2392301Fax
E-mail: clinisurips@clinisurips.com - https://www.clinisurips.com



GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 14/04/2023		Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso		Egreso		Periódico	X	Otro
Empresa:	PARTICULAR				NIT: N/A							
A través de empresa temporal		SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:			Cargo:		OFICIAL DE OBRA		Sección:					

1 Apellido: ROJAS	2 Apellido: SEPULVEDA	Nombre: WALTER GERARDO	CC 11510477	FN: 19/11/1977

Edad 45	Sexo M	Estado Civil SOLTERO	Escolaridad BACHILLERATO	Dirección: CRA 26 A BIS C # 71-13- SUR	Tel / Cel: 310 8120126
EPS	SALUD TOTAL	ARL	SURA	Fondo Pensiones	COLFONDOS

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO		NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL	X	ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	X	ALCOHOLIMETRIA	
LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA						OTROS:			

RECOMENDACIONES, OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- **SIN RESTRICCION PARA LABORAR COMO: OFICIAL DE OBRA**
- **CONTROLES MEDICOS PERIODICOS**
- **APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS**

Dr. Edicer Ortiz Rodriguez
Medico Cirujano General
Esp. Salud Ocupacional
Resolucion 6068

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.

Firma y huella del Trabajador
C.C:

GLOBAL SERVICE

MEDICINA DEL TRABAJO Y SALUD OCUPACIONAL

CONCEPTO MEDICO LABORAL

Fecha: 25/05/2023	Ciudad: BOGOTA			Tipo de Examen	Ingreso		Egreso		Periódico	X	Otro
Empresa:	PARTICULAR			NIT: N/A							
A través de empresa temporal	SI		NO	X	Cual:						
Tiempo en la empresa:		Cargo:		CONTRATISTA		Sección:					

1 Apellido:	2 Apellido:	Nombre:	CC	FN:
MORA	SERRANO	JOSE ARGEON	79257016	20/04/1962

Edad	Sexo	Estado Civil	Escolaridad	Dirección:	Tel / Cel:
45	M	SOLTERO	BACHILLERATO	CRA 26 A BIS C # 71-13- SUR	310 8120126

EPS	FAMISANAR	ARL	SURA	Fondo Pensiones	PORVENIR

EXAMEN MEDICO INGRESO				EXAMEN MEDICO EGRESO			
APTO		NO APTO		NORMAL		ANORMAL	
EXAMEN MEDICO PERIODICO				EXAMEN MEDICO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS			
NORMAL	X	ANORMAL		REUBICAR		APTO	X	NO APTO	

EXAMENES MEDICOS COMPLEMENTARIOS

AUDIOMETRIA	X	VISIOMETRIA	X	ESPIROMETRIA	X	ELECTROCARDIOGRAMA	X	ALCOHOLIMETRIA	

LABORATORIOS: PERFIL LIPIDICO, GLICEMIA	OTROS:

RECOMENDACIONES, OBSERVACIONES Y O RESTRICCIONES MEDICAS LABORALES

- SIN RESTRICCION PARA LABORAR COMO: CONTRATISTA
- CONTROLES MEDICOS PERIODICOS
- APTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS

Dr Eulices Ortiz Rodriguez
Medico Cirujano Cirugia
Esp. Salud Ocupacional
Resolucion 6068

FIRMA Y O SELLO DEL MEDICO ESPECIALISTA
RESOLUCION 6068

La información antes suministrada es completa, veraz y Acepto la realización, resultados y conceptos de los presentes exámenes.

Firma y huella del Trabajador
C.C: 79257016

Bogotá calle 18 A No. 98-70 Whatsapp 322 3292384 gmail:globalservicemedicinalaboral@gmail.com
Página web: http://globalserviceips.wixsite.com/medicalgroup

Powered by CamScanner

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ○	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **24/12/2022 11:37:00** Empresa **MORA SERRANO JOSE ARGEON**

Nombre **BRAYAN ALEXIS GARCIA CUELLAR**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1073692418**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA SOD
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	**ARL**	SI ○	NO ⊗	**EPS**	SI ○	NO ⊗

SIN RESTRICCIONES FISICAS PARA EL CARGO
VALORACION POR OPTOMETRIA Y OTRORRINO DE LA EPS AFILIADA DE FORMA ANUAL
INDUCCION CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) Y CUMPLIENDO LAS NORMAS DE (SG-SST) PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: BRAYAN ALEXIS GARCIA CUELLAR
CC 1073692418
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

SE SUGIERE EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADA PARA LA LABOR
CULTURA DE TRABAJO SEGURO Y PROTECCION CONTRA CAIDAS EN LA EMPRESA DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EXISTENTES EN LOS LUGARES DE TRABAJO
CONOCER Y APLICAR ADECUADAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD
HABITOS POSTURALES ADECUADOS FORTALECIMIENTO DE LOS MUSCULOS DE LA ESPALDA Y LOS MUSCULOS ABDOMINALES
CAPACITACION EN EL MANEJO DE CARGAS SI ASI LO REQUIERE
MANTENER UN SUEÑO REPARADOR DE 8 HORAS COMO MÍNIMO.
ABSTENERSE DE TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LAS HORAS ANTERIORES A SU TRABAJO.
DEBE LLEVAR UNA VIDA SALUDABLE CON DIETA BAJA EN GRASAS Y HARINAS
PAUSAS ACTIVAS PARA MANOS CODOS HOMBROS Y MIENBRIOS INFERIORES
INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE PRESENTE Y QUE LE LIMITE TRABAJAR
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR
SE RECOMIENDA: CONTINUAR CON EL LAVADO DE MANOS DE FORMA CONTINUA

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: BRAYAN ALEXIS GARCIA CUELLAR
CC 1073692418
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ○	Periódico ⊗	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ○	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 15/07/2023 08:30:00 Empresa MORA SERRANO JOSE ARGEON

Nombre JOSE HERIBERTO LÓPEZ ROJAS

Cargo AYUDANTE DE CONSTRUCCION Doc. Identidad CC 3080739

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLINICOS

1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL TRABAJO EN ALTURAS.	2 ESPACIOS CONFINADOS	3 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL
4 COLESTEROL TOTAL	5 GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA	6 TRIGLICÉRIDOS
7 VISIOMETRIA	8 AUDIOMETRIA SOD	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	⊗	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIODICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⊗ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISION	SI ⊗	NO ○	ARL	SI ○	NO ⊗	EPS MED GENERAL OPTO	SI ⊗	NO ○

SIN RESTRICCIONES FISICAS APARENTES PARA EL CARGO

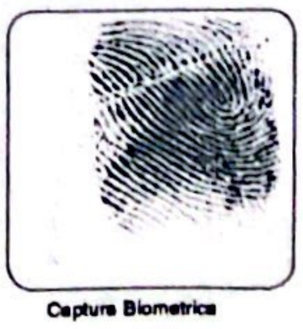
SIN RESTRICCIONES FISICAS PARA TRABAJAR EN ALTURAS Y EN ESPACIOS CONFINADOS

DIEGO ANDRES SIERRA
Medico UN R.M 11129/2010
Especialista en Salud Ocupacional UCMC
Lic. 252258/2016

DIEGO ANDRES SIERRA CASTAÑEDA
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 80800049 RM: 252258/2016

Heiberto Lopez

Trabajador: JOSE HERIBERTO LÓPEZ ROJAS
CC 3080739
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Powered by CamScanner

-CONTROL DE COLESTEROL / TRIG * POR EPS DIETA BAJA EN GRASAS

VISIOMETRIA LENTES D E CERCA Y CONTROL ANUAL
AUDIOMETRIA CONTROL ANUAL, PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVO.SE SUGIERE INGRESO AL PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO
USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL
EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE
TRABAJO.
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS
MANEJO ADECUADO DE MAQUINARIA Y HERRAMIENTA
CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR E HIDRATACION
CAPACITACIÓN DE TRABAJO EN ALTURAS
ALIMENTACION BALANCEADA.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL.
ASISTIR A LAS CAPACITACIONES Y AL REENTRENAMIENTO DE ACUERDO A LA RESOLUCIÓN 1409 DEL 23 DE JULIO DE 2012 QUE ESTABLECIÓ EL REGLAMENTO DE SEGURIDAD PARA LA PROTECCION CONTRA CAIDAS EN TRABAJO EN ALTURAS.
EXAMENES OCUPACIONALES PERIODICOS PARA TRABAJO EN ALTURAS
ABSTENERSE DE TOMAR BEBIDAS ALCOHOLICAS O CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, EN LAS HORAS ANTERIORES A SU TRABAJO
CONOCER Y APLICAR ADECUADAMENTE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD
EN EL CASO DE TRABAJAR A LA INTERPERIE DISPONER DE UN UNIFORME DE TRABAJO IMPERMEABLES COMODO CON BOTAS DE SUELA ANTIDESLIZANTE EN TERRENOS INESTABLES.
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA
FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD
FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE
CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.

POR PANDEMIA ACTUAL SE RECOMIENDA:
1. LAVADO DE MANOS AL INGRESO A SU TRABAJO, CADA 3 HORAS, ANTES DE COMER, ANTES YDESPUES DE MANIPULAR EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO, POLITICAS DE HIGIENE
RESPIRATORIA.
2. INFORMAR A SU EMPLEADOR SI PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS O SI HA PRESENTADO
CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS PARA COVID-19 SIN PROTECCION.
3. ASISTIR A CAPACITACIONES, ACATAR MEDIDAS Y PROTOCOLOS DE SU EMPRESA Y LOS
NACIONALES FRETE A COVID - 19.
4. CUMPLIR INDICACIONES DE LA AUTORIDAD LOCAL SOBRE RESTRICCIONES DE MOVILIDAD Y
OTRAS.
5. LIMPIEZA ENFATIZANDO EN: LAVADO DE MANOS, HIGIENE RESPIRATORIA, USO DE TAPABOCAS, DESINFECCION DE SUPERFICIES Y UTENSILIOS DE TRABAJO.
6. PROMOVER CAMINATAS O TRASLADOS EN BICICLETA
7. MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL.
8. EVITAR MANIPULACION DEL ROSTRO (OJOS NARIZ BOCA).
9. USO DE ANTIBACTERIAL

DIEGO ANDRES SIERRA
Medico UN R.M 11129/2010
Especialista en Salud Ocupacional UCMC
Lic. 252258/2016

DIEGO ANDRES SIERRA CASTAÑEDA
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 80800049 RM: 252258/2016

Heiberto Lopez

Trabajador: JOSE HERIBERTO LÓPEZ ROJAS
CC 3080739
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Powered by CamScanner

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ○	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 24/08/2022 10:10:00 **Empresa** MORA SERRANO JOSE ARGEON

Nombre GERMAN TORREALBA TONA

Cargo AYUDANTE DE OBRA **Doc. Identidad** 17194951

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA SOD
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

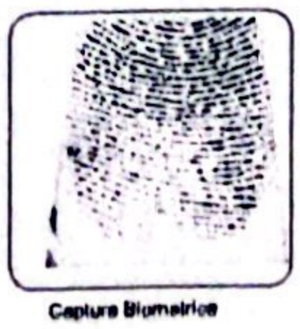
REMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ⊗	EPS	SI ○	NO ⊗

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR
CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL
HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: GERMAN TORREALBA TONA
17194951
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Powered by CamScanner

USO ADECUADO DE EPP SEGÚN ÁREA DE TRABAJO
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA
MANEJO ADECUADO DE HERRAMIENTA Y MAQUINARIA DE TRABAJO
ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR E HIDRATACION
ALIMENTACION BALANCEADA.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.

POR PREVENCION DE AGENTES INFECCIOSOS SE RECOMIENDA:
1. LAVADO DE MANOS AL INGRESO A SU TRABAJO, CADA 3 HORAS, ANTES DE COMER, ANTES Y DESPUES DE MANIPULAR EQUIPOS Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO, POLITICAS DE HIGIENE RESPIRATORIA.
2. INFORMAR A SU EMPLEADOR SI PRESENTA SINTOMAS RESPIRATORIOS O SI HA PRESENTADO CONTACTO CON PERSONAS POSITIVAS PARA COVID-19 SIN PROTECCION.
3. ASISTIR A CAPACITACIONES, ACATAR MEDIDAS Y PROTOCOLOS DE SU EMPRESA Y LOS NACIONALES FRETE A INFECCIONES POR VIRUS EMERGENTES.
4. CUMPLIR INDICACIONES DE LA AUTORIDAD LOCAL SOBRE RESTRICCIONES DE MOVILIDAD Y OTRAS.
5. LIMPIEZA ENFATIZANDO EN: LAVADO DE MANOS, HIGIENE RESPIRATORIA, USO DE TAPABOCAS EN ZONAS DONDE EXISTA AGLOMETACION DE PERSONAS O LUGARES QUE NO CUANTEN CON ADECUADA VENTILACION, DESINFECCION DE SUPERFICIES Y UTENSILIOS DE TRABAJO.
6. PROMOVER CAMINATAS O TRASLADOS EN BICICLETA.
7. MANTENER DISTANCIAMIENTO SOCIAL.
8. EVITAR MANIPULACION DEL ROSTRO (OJOS NARIZ BOCA).
9. USO DE ANTIBACTERIAL.
10. VENTILACION AREA DE TRABAJO CASA O VEHICULO.
11. DESINFECCION DE AREAS Y HERRAMIENTAS AL TERMINAR EL TURNO.
12. LAVADO DE MANOS AL INGRESO Y SALIDA DE ESPACIOS COMUNES.
13. CUMPLIR PROTOCOLOS ESPECIFICOS SEGUN TIPO DE ACTIVIDAD Y DISPOSICIONES GUBERNAMENTALES.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: GERMAN TORREALBA TONA
17194951
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Powered by CamScanner

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0

Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19

Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso ⊗ | Periódico ○ | Retiro ○ | Post incapacidad ○ | Caso ocupacional ○
Control ○ | Reubicación ○ | Ingreso al SVE ○ | Trabajo en alturas ○



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 30/07/2022 07:07:00 **Empresa** MORA SERRANO JOSE ARGEON

Nombre WILMER JOSE PEROZO

Cargo AYUDANTE DE CONSTRUCCION **Doc. Identidad** 993685

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA SOD
4	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⊗ | Auditivo ○ | Respiratorio ○ | Cardiovascular ○ | Psicosocial ○ | Ergonómico ○ | Otros ○

REMISIÓN	SI	NO	ARL	SI	NO	EPS	SI	NO
	○	⊗		○	⊗		○	⊗

CON RESTRICCIONES DE COLOR QUE NO LIMITAN LA LABOR
DEBE TENER CAPACITACION EN SEGURIDAD EN EL TRABAJO POR ALTERACIÒN VISUAL DEL COLOR Y CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
DEBE INGRESAR AL SISTEMA DE VIGILANCIA VISUAL DE LA EMPRESA

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: WILMER JOSE PEROZO
993685
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica

Powered by CamScanner

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 4087000-4072406-6264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INDUCCION O REINDUCCION AL PUESTO DE TRABAJO DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA CON ENFASIS EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) Y CUMPLIENDO LAS NORMAS DE (SG-SST) PARA LA PREVENCION DE ACCIDENTES Y ENFERMEDAD LABORAL
AUTOCUIDADO EN EL SITIO DE TRABAJO, RECOMENDACIONES SOBRE LOS RIESGOS DE CAIDA QUE HAY EN LA EMPRESA, INSPECCIONAR LAS HERRAMIENTAS PERIODICAMENTE ANTES DE UTILIZARLAS
SE SUGIERE EL USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ADECUADA PARA LA LABOR, SI HAY RUIDO PROTECCION AUDITIVA (SILICONA-COPA)
USAR UN ADECUADO PROTECTOR DEL SISTEMA RESPIRATORIO SI LA LABOR LO AMERITA, USO DE BLOQUEADOR SOLAR DOS VECES AL DIA
ADECUADA HIGIENE POSTURAL FORTALECIMIENTO DE LOS MUSCULOS DE LA ESPALDA Y LOS MUSCULOS ABDOMINALES
INFORMACION SOBRE CUALQUIER DETERIORO EN LA SALUD QUE PRESENTE Y QUE LE LIMITE TRABAJAR
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.
SE RECOMIENDA: LAVADO DE MANOS CONTINUO, USO DE TAPABOCAS Y GESTIONAR ESQUEMA COMPLETO DE VACUNACION CONTRA EL COVID

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Dra Solandy E. Ortiz
M.D Laboral
RMO 4788/2015
U Rosario

SOLANDY EUGENIA ORTIZ GUZMAN
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 52116798 RM: RM2116/01 LO4788/15

Trabajador: WILMER JOSE PEROZO
993685
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Powered by CamScanner

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS

Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación: Ingreso (X) Periódico ( ) Retiro ( ) Post incapacidad ( ) Caso ocupacional ( )
Control ( ) Reubicación ( ) Ingreso al SVE ( ) Trabajo en alturas ( )



DATOS DEL PACIENTE

Fecha 12/07/2023 10:37:00 Empresa MORA SERRANO JOSE ARGEON
Nombre FABIAN URQUIZA MUÑOZ
Cargo OFICIAL DE OBRA
Doc. Identidad CC 1069174298

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 ESPIROMETRIA SOD (255)	3 VISIOMETRIA
4 AUDIOMETRIA SOD	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	(X)	( )	( )	( )
Aplazado	( )	( )	( )	( )
Apto con restricciones	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en alturas•	( )	( )	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )	( )	( )
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	( )	( )	( )	( )
Apto para participar en la brigada	( )	( )	( )	( )
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	( )	( )	( )	( )

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	( )	( )
Requiere restricciones de actividades	( )	( )
Requiere reubicación laboral temporal	( )	( )
Requiere reubicación laboral permanente	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )
Apto para trabajar en espacios confinados	( )	( )
Apto para trabajar en alturas	( )	( )

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	( )	( )
Secuelas de Accidentes de Trabajo	( )	( )
Enfermedad Común	( )	( )

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ( ) Auditivo (X) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

REMISIÓN SI ( ) NO (X) **ARL** SI ( ) NO (X) **EPS** SI (Q) NO (X)

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR.
CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL. MANEJO ADECUADO DE HERRAMIENTA Y MAQUINARIA DE TRABAJO
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL.
HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE. ALIMENTACION BALANCEADA.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2016

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2016

Trabajador: FABIAN URQUIZA MUÑOZ
CC 1069174298
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura fotométrica

Powered by CamScanner

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

USO ADECUADO DE EPP SEGÚN ÁREA DE TRABAJO. ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS.
CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y CUIDADO DE COLUMNA.
EN CAMPO USO DE BLOQUEADOR SOLAR E HIDRATACION.
MANEJO DE ESTRÉS CON ACTIVIDADES QUE MEJOREN LA CARGA LABORAL.
POR PREVENCION DE ENFERMEDADES INFECTOCONTAGIOSAS SE RECOMIENDA:
LAVADO DE MANOS FRECUENTE. ACATAR MEDIDAS Y PROTOCOLOS DE SU EMPRESA FRENTE A BIOSEGURIDAD. USO DE TAPABOCAS EN ZONAS DONDE EXISTA AGLOMERACION DE PERSONAS O DONDE ESTE ESTABLECIDO POR LEY. CUMPLIMIENTO DEL ESQUEMA DE VACUNACION ACTUAL FRENTE A COVID - 19 Y OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS. VENTILACION AREA DE TRABAJO. DESINFECCION DE AREAS Y HERRAMIENTAS AL TERMINAR EL TURNO.
CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE DEL TRABAJADOR.
RECOMENDACIONES POR ESPECIALISTAS (MEDICINA LABORAL-VISIOMETRIA-AUDIMOMETRIA-FISIOTERAPIA):
CONTROL MEDICO LABORAL PERIODICO.
USO DE MEDIAS ANTIVARICE.
SE SUGIERE USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (SILICONA-COPA)EN CASO DE RUIDO, CONTROL ANUAL, PAUTAS DE HIGIENE AUDITIVO.SE SUGIERE INGRESO AL PLAN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO.

Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: FABIAN URQUIZA MUÑOZ
CC 1069174298
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad


Captura Biometrica

Powered by CamScanner

SANTA ELENA SAS
Servicios Médicos Integrales

SERVICIOS MEDICOS INTEGRALES SANTA ELENA SAS
Nit. 900157744 - 0
Dirección: Cll 27 SUR No 19 - 19
Tel: 6016264247-3183832985-3115117029. NIT 900157744

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

Tipo certificación:	Ingreso ⊗	Periódico ○	Retiro ○	Post incapacidad ○	Caso ocupacional ○
	Control ○	Reubicación ○	Ingreso al SVE ○	Trabajo en alturas ○	



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **02/06/2023 08:06:00** Empresa **MORA SERRANO JOSE ARGEON**

Nombre **AURELIO AYALA HUERTAS**

Cargo **OPERADOR DE MAQUINARIA PESADA** Doc. Identidad **CC 79309926**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN DE INGRESO OCUPACIONAL	2 ESPIROMETRIA SOD (255)	3 VISIOMETRIA
4 AUDIOMETRIA SOD	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ⊗ Auditivo ⊗ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ⊗ Otros ⊗

REMISIÓN	SI ○	NO⊗	**ARL**	SI ○	NO⊗	**EPS**	SI ○	NO⊗

SIN RESTRICCIONES PARA LA LABOR.
ADECUADA MANIPULACION DE CARGAS. CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD INDUSTRIAL. USO ADECUADO DE EPP HERRAMIENTA Y MAQUINARIA DE TRABAJO, SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
PAUSAS DE COMPENSACION DURANTE JORNADA LABORAL.

Vladimir A. Vega R.
Especialista Salud Ocupacional y Riesgos Laborales
Resolución 5614 / 2018

VLADIMIR ALBERTO VEGA RODRIGUEZ
Especialidad: MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
CC: 72344909 RM: 5614 DE 26/04/2018

Trabajador: AURELIO AYALA HUERTAS
CC 79309926
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biometrica