compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Se certifica que **GRUPO J8 SAS**, identificada con **NI** número **900266469**, aportó por el empleado **ERNESTO MOTTA PINILLA**, identificado(a) con **CC** número **13717028** por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social, mediante tipo de planilla **E** número **75593807** para el periodo de salud **2024-03** y pensiones **2024-02** de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE	COTIZANTE	SUBTIPO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	INDICA TARIFA PENSIÓN	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERACIÓN
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1	0															0		30	$1.500.000		$240.000	$0	$0	Febrero - 2024	75593807	18/03/2024	S
14-11	ARL SURA	1	0															0		30	$1.500.000		$104.400	$0	$0	Febrero - 2024	75593807	18/03/2024	S
CCF40	Comfenalco Santander Caja de Compensacion Fliar	1	0															0		30	$1.500.000		$60.000	$0	$0	Febrero - 2024	75593807	18/03/2024	S
EPS002	Salud Total EPS	1	0															0		30	$1.500.000		$60.000	$0	$0	Marzo - 2024	75593807	18/03/2024	S

PAGADA

El presente certificado se expide a los 16 días del mes Marzo de 2024

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900494267	3	MIGUEL SILVA INGENIERIA SAS	B	001	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	SUCURSAL	7112	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
68-276	CL 116 3169 BL 10 AP 530 MZ 15		6398314		GYCINGENIEROSSAS@HOTMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-01	2024-02	29025330	E	2024-02-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.799.500	0	BANCO DE OCCIDENTE
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
8	29025330	2024-02-15	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES														DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN			Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	VCO	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Col.	Cot	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.			
1	CC 1075256800	SANCHEZ MURCIA MARIA ALEJANDRA	2.000.000	F	X	X														0			2	2	2	2	PROTECCION-230201	133.334	21.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	133.334	5.400	CAJASAN-CCF39	133.334	5.400	133.334	9.300	0,06960	0	0	0	0	0	0	1	0	41.500	S	5711001
2	CC 1095938993	RUEDA GOMEZ ANGIE MARIANA	3.000.000	F	X	X														0			2	2	2	2	PORVENIR-230301	200.000	32.000	0	0	EPS SURA-EPS010	200.000	8.000	CAJASAN-CCF39	200.000	8.000	200.000	14.000	0,06960	0	0	0	0	0	0	1	0	62.000	S	5711001
3	CC 1095940550	RODRIGUEZ SARMIENTO ESTEFANNY YAZMIN	2.500.000	F	X	X														0			2	2	2	2	PROTECCION-230201	166.667	26.700	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	166.667	6.700	CAJASAN-CCF39	166.667	6.700	166.667	11.700	0,06960	0	0	0	0	0	0	1	0	51.800	S	5711001
4	CC 1098101643	AGUILAR OBANDO JORGE ANTONIO	2.000.000	F	X	X														0			2	2	2	2	PROTECCION-230201	133.334	21.400	0	0	SANITAS-EPS005	133.334	5.400	CAJASAN-CCF39	133.334	5.400	133.334	9.300	0,06960	0	0	0	0	0	0	1	0	41.500	S	5711001
5	CC 1098774452	CORTES BLANCO WENDY LORAINE	1.300.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.300.000	208.000	0	0	SANITAS-EPS005	1.300.000	52.000	CAJASAN-CCF39	1.300.000	52.000	1.300.000	90.500	0,06960	0	0	0	0	0	0	1	0	402.500	S	5711001
6	CC 1098793830	MENDOZA FLOREZ ALEJANDRO	2.200.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.200.000	352.000	0	0	EPS SURA-EPS010	2.200.000	88.000	CAJASAN-CCF39	2.200.000	88.000	2.200.000	11.500	0,00522	0	0	0	0	0	0	1	0	539.500	S	1711001
7	CC 1100955223	GOMEZ MEJIA EDWING ELIECER	2.000.000	F	X	X														0			2	2	2	2	PORVENIR-230301	133.334	21.400	0	0	SANITAS-EPS005	133.334	5.400	CAJASAN-CCF39	133.334	5.400	133.334	9.300	0,06960	0	0	0	0	0	0	1	0	41.500	S	5711001
8	CC 1102369209	BOLAÑOS BARANDICA JULIETH	2.000.000	F																0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	2.000.000	320.000	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	2.000.000	80.000	CAJASAN-CCF39	2.000.000	80.000	2.000.000	139.200	0,06960	0	0	0	0	0	0	1	0	619.200	S	5711001

RESUMEN PLANILLA PAGADA



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 900494267	3	MIGUEL SILVA INGENIERIA SAS	B	001	SEGUROS COLPATRIA - 14-4	SUCURSAL	7112	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
68-276	CL 116 3169 BL 10 AP 530 MZ 15		6398314		GYCINGENIEROSSAS@HOTMAIL.COM			S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-01	2024-02	29025330	E	2024-02-12	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	1.799.500	0	BANCO DE OCCIDENTE
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
8	29025330		Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
6.266.669	6.266.669	6.266.669	6.266.669	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 2)				8	1.002.900	0	0	0	1.002.900
PROTECCION	230201	800229739	0	3	69.500	0	0	0	69.500
PORVENIR	230301	800224808	8	5	933.400	0	0	0	933.400
EPS(Administradoras: 4)				8	250.900	0	0	0	250.900
SANITAS	EPS005	800251440	6	3	62.800	0	0	0	62.800
EPS SURA	EPS010	800088702	2	2	96.000	0	0	0	96.000
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	2	86.700	0	0	0	86.700
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	1	5.400	0	0	0	5.400
ARP(Administradoras: 1)				8	294.800	0	0	0	294.800
SEGUROS COLPATRIA	14-4	860002183	9	8	294.800	0	0	0	294.800
CCF(Administradoras: 1)				8	250.900	0	0	0	250.900
CAJASAN	CCF39	890200106	1	8	250.900	0	0	0	250.900
Gran Total					1.799.500	0	0	0	1.799.500

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901103185	5	ECOLVIAS Y GEOINGENIERIA SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4290	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-1	CRA 12 21 35		6952820			ECOLVIASYGEOINGENIERIA@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN									
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-02	2024-03	29165125	E	2024-03-21	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	6.746.900	6.300	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
16	29165125	2024-03-21	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DÍAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
N.	ID	EMPLEADO	SALARIO	MODALIDAD DE SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	EPST	AFPT	AFP	EPS	CCF	ARL	NOMBRE	IBC	Cot	FNSOL	FNSUB	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot.	ARL	IBC	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Cot.	Tipo Cot.	Sub. Tipo Cot.	Total	Exento de Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 37271267	GARCIA CARVAJALINO ASTRID	1.682.000	F		X														0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	1.682.000	269.200	0	0	SANITAS-EPS005	1.682.000	67.300	CAJASAN-CCF39	2.749.603	110.000	1.682.000	8.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	455.300	S	1692001
2	CC 37831725	PEÑUELA CARDENAS AMERICA	1.300.000	F																0			0	30	30	30	SINAFP-SINAFP	0	0	0	0	SANITAS-EPS005	1.300.000	52.000	CAJASAN-CCF39	1.300.000	52.000	1.300.000	6.800	0,00522	0	0	0	0	0	01	5	110.800	S	1692001
3	CC 91182913	MONCADA ROJAS ROBINSON	1.910.000	F																0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.910.000	305.600	0	0	SANITAS-EPS005	1.910.000	76.400	CAJASAN-CCF39	1.910.000	76.400	1.910.000	133.000	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	591.400	S	5431202
4	CC 91288764	CAMACHO ORTIZ ABNER	1.563.000	F							X									0			30	30	30	30	COLPENSION ES-25-14	1.563.000	250.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.563.000	62.600	CAJASAN-CCF39	1.563.000	62.600	1.563.000	108.800	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	484.100	S	5431202
5	CC 91536105	IBAÑEZ ESPARZA EDINSON	1.454.348	F							X									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.454.348	232.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.454.348	58.200	CAJASAN-CCF39	1.454.348	58.200	1.454.348	101.300	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	450.400	S	5429001
6	CC 1005464951	LOPEZ QUINTERO VALERIA	1.400.000	F	X															0			17	17	17	17	PROTECCION -230201	793.334	127.000	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	793.334	31.800	CAJASAN-CCF39	793.334	31.800	793.334	4.200	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	194.800	S	1692001
7	CC 1090393389	REYES MENDOZA JOHAN ANDRES	1.300.000	F	X															0			11	11	11	11	COLPENSION ES-25-14	476.667	76.300	0	0	EPS SURA-EPS010	476.667	19.100	CAJASAN-CCF39	476.667	19.100	476.667	33.200	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	147.700	S	5429001
8	CC 1095829339	SIERRA CHAPARRO CRISTIAN FERNANDO	1.454.348	F							X									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.454.348	232.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.454.348	58.200	CAJASAN-CCF39	1.454.348	58.200	1.454.348	101.300	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	450.400	S	5429001
9	CC 1096206708	GOMEZ CASTILLO YEXI FARLEY	1.454.348	F							X									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.454.348	232.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.454.348	58.200	CAJASAN-CCF39	1.454.348	58.200	1.454.348	101.300	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	450.400	S	5429001
10	CC 1098640763	MANTILLA RIOS DAYMON JOSE	1.700.000	F																0			30	30	30	30	PROTECCION -230201	1.700.000	272.000	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.700.000	68.000	CAJASAN-CCF39	1.700.000	68.000	1.700.000	118.400	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	526.400	S	5429001
11	CC 1098755243	CANCHILA ROSERO YURLEIDY	1.700.000	F	X	X														0			1	1	1	1	PORVENIR-230301	56.667	9.100	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	56.667	2.300	CAJASAN-CCF39	59.028	2.400	56.667	300	0,00522	0	0	0	0	0	01	0	14.100	S	1692001
12	CC 1098807353	MEDINA PEREZ JORGE ALBERTO	1.588.000	F		X														0			22	22	22	22	PROTECCION -230201	1.164.534	186.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A. MOV-EPS041	1.164.534	46.600	CAJASAN-CCF39	1.246.140	49.900	1.164.534	81.100	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	364.000	S	5429001
13	CC 1100891148	SIERRA CAMACHO ROBINSON	1.566.000	F																0			30	30	30	30	PROTECCION -230201	1.566.000	250.600	0	0	SALUD TOTAL-EPS002	1.566.000	62.700	CAJASAN-CCF39	1.566.000	62.700	1.566.000	109.000	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	485.000	S	5431202
14	CC 1100893241	ROA VILLAMIZAR ANDRES FELIPE	2.650.000	F																0			27	27	27	27	PORVENIR-230301	2.385.000	381.600	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	2.385.000	95.400	CAJASAN-CCF39	2.385.000	95.400	2.385.000	166.000	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	738.400	S	5431202
15	CC 1100893241	ROA VILLAMIZAR ANDRES FELIPE	2.650.000	F																3			3	3	3	3	PORVENIR-230301	265.000	42.400	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	265.000	10.600	CAJASAN-CCF39	265.000	0	265.000	0	0,00000	0	0	0	0	0	01	0	53.000	S	5431202
16	CC 1130744120	OROZCO PEREZ JOSE MARCO	2.500.000	F																0			30	30	30	30	COLFONDOS-231001	2.500.000	400.000	0	0	SANITAS-EPS005	2.500.000	100.000	CAJASAN-CCF39	2.500.000	100.000	2.500.000	174.000	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	774.000	S	5431202
17	PT 6026737	VELASQUEZ SANCHEZ JESUS ESTEBAN	1.454.348	F							X									0			30	30	30	30	PORVENIR-230301	1.454.348	232.700	0	0	NUEVA E.P.S. S.A.-EPS037	1.454.348	58.200	CAJASAN-CCF39	1.454.348	58.200	1.454.348	101.300	0,06960	0	0	0	0	0	01	0	450.400	S	5429001

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZÓN SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
NI 901103185	5	ECOLVIAS Y GEOINGENIERIA SAS	B	0	ARL SURA - 14-11	ÚNICA	4290	Jurídica
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO			EMAIL		EXENTO DE PARAFISCALES
68-1	CRA 12 21 35		6952820			ECOLVIASYGEOINGENIERIA@GMAIL.COM		S

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERÍODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2024-02	2024-03	29165125	E	2024-03-21	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	6.746.900	6.300	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
16	29165125	2024-03-21	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
21.879.594	23.179.594	23.179.594	24.331.164	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 4)				15	3.501.100	0	3.200	0	3.504.300
COLFONDOS	231001	800227940	6	2	669.200	0	600	0	669.800
PROTECCION	230201	800229739	0	4	836.000	0	800	0	836.800
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	3	632.000	0	600	0	632.600
PORVENIR	230301	800224808	8	6	1.363.900	0	1.200	0	1.365.100
EPS(Administradoras: 5)				16	927.600	0	1.000	0	928.600
NUEVA E.P.S. S.A.	EPS037	900156264	2	6	345.500	0	300	0	345.800
EPS SURA	EPS010	800088702	2	1	19.100	0	100	0	19.200
SANITAS	EPS005	800251440	6	4	295.700	0	300	0	296.000
SALUD TOTAL	EPS002	800130907	4	2	94.500	0	100	0	94.600
NUEVA E.P.S. S.A. MOV	EPS041	900156264	2	3	172.800	0	200	0	173.000
ARP(Administradoras: 1)				16	1.348.800	0	1.200	0	1.350.000
ARL SURA	14-11	890903790	5	16	1.348.800	0	1.200	0	1.350.000
CCF(Administradoras: 1)				16	963.100	0	900	0	964.000
CAJASAN	CCF39	890200106	1	16	963.100	0	900	0	964.000
Gran Total					6.740.600	0	6.300	0	6.746.900

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901672292
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDOVAL Y CASTANEDA SOLUCIONES S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 W # 14 -79	TELÉFONO:	6762241
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	OBRA002 - VIVERO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:			**7919597733**	TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/03/21	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			527136674

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	3	$ 423.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 423.000	$ 0	$ 423.000
230201	230201- PROTECCION	3	$ 754.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 754.000	$ 0	$ 754.000
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 76.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 76.300	$ 0	$ 76.300
230301	230301-PORVENIR	17	$ 2.815.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.815.100	$ 0	$ 2.815.100
SUBTOTALES:										**$ 4.068.400**	**$ 0**	**$ 4.068.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 52.000
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 104.000
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 175.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 175.100	$ 0	$ 0	$ 175.100
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 163.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 163.000	$ 0	$ 0	$ 163.000
EPS041	NUEVA EPS CM	5		$ 0		$ 0		$ 0	$ 126.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 126.700	$ 0	$ 0	$ 126.700
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	2		$ 0		$ 0		$ 0	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 104.000	$ 0	$ 0	$ 104.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 208.000
EPS042	EPS042 - COOSALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 52.000
SUBTOTALES:													**$ 984.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 984.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	24		$ 0	$ 0		$ 0	$ 1.713.800	$ 1.713.800	$ 0	$ 0	$ 1.713.800
SUBTOTALES:									**$ 1.713.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 1.713.800**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF64	CCF64-CAJASAI	1	$ 52.000	$ 0	$ 52.000
CCF39	CCF39-CAJASAN	23	$ 932.800	$ 0	$ 932.800
SUBTOTALES:			**$ 984.800**	**$ 0**	**$ 984.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SALUD						ARP																																	
																											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	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																																					
1	CC 1003042989	CAMELO CANTILLO YOINER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI		11															231001-COLFONDOS	11	$ 476.667	$ 76.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 76.300	EPS002-SALUD TOTAL	11	$ 476.667	$ 19.100	$ 0	$ 19.100	14-11 - ARL SURA	11	$ 476.667	1	$ 33.200	11	$ 476.667	CCF39-CAJASAN	$ 19.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1005152560	ORTEGA ACEROS MICHAEL SNEIDER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1007427660	BELTRAN GARCIA DAVID MANUEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	21	21															230301-PORVENIR	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-11 - ARL SURA	1	$ 43.334	1	$ 3.100	1	$ 43.334	CCF39-CAJASAN	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 1048994462	PEÑA RIOS JOEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
5	CC 1090982059	RODRIGUEZ PINZON MIGUEL ANGEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
6	CC 1095580639	ORDUZ ESPINOSA DANIEL FELIPE	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
7	CC 1095806611	CAPACHO ANTELIZ ANGEL MANUEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
8	CC 1095826779	DIAZ PALOMINO JUAN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 338.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Actividades de Alto Riesgo	$ 338.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
9	CC 1097302811	MANTILLA GELVEZ MIGUEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	13	15															230301-PORVENIR	3	$ 130.000	$ 20.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 20.800	EPS037-NUEVA	3	$ 130.000	$ 5.200	$ 0	$ 5.200	14-11 - ARL SURA	3	$ 130.000	1	$ 9.100	3	$ 130.000	CCF39-CAJASAN	$ 5.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
10	CC 1098778476	CASTRO BAUTISTA DIEGO FERNANDO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901672292
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDOVAL Y CASTANEDA SOLUCIONES S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 W # 14 -79	TELÉFONO:	6762241
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	OBRA002 - VIVERO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7919597733**			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/21			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	527136674

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD						ARP												
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																				
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
11	CC 1100891048	CAMPO GARCIA DANILO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	ESSC24-COOSALUD ESS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
12	CC 1116798248	CARRERO TELLEZ JUAN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	07															230301-PORVENIR	24	$ 1.040.000	$ 166.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 166.400	NUEVA EPS CM	24	$ 1.040.000	$ 41.600	$ 0	$ 41.600	14-11 - ARL SURA	24	$ 1.040.000	1	$ 72.400	24	$ 1.040.000	CCF39-CAJASAN	$ 41.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
13	CC 1232891659	ORTEGA PINZON YEISMER OMAR	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
14	CC 13562807	PABON OSORIO HERNAN	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	01															230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
15	CC 13746181	PEREZ BRAVO GUSTAVO ADOLFO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
16	CC 13930703	RAMIREZ CASTRO WILINTON	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
17	CC 5707967	DIAZ GUEVARA GUSTAVO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI		01														230301-PORVENIR	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000	NUEVA EPS CM	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-11 - ARL SURA	1	$ 43.334	1	$ 3.100	1	$ 43.334	CCF39-CAJASAN	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
18	CC 5917297	HILARRAZA GUEDEZ EDIXON ALEXANDER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS042 - COOSALUD	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
19	CC 88259722	MORALES JAIMES ELIECER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI		01														25-14 COLPENSIONES	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000	NUEVA EPS CM	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-11 - ARL SURA	1	$ 43.334	1	$ 3.100	1	$ 43.334	CCF39-CAJASAN	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
20	CC 88309857	TELLEZ MANTILLA EZEQUIEL	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	14															230301-PORVENIR	17	$ 736.667	$ 117.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 117.900	NUEVA EPS CM	17	$ 736.667	$ 29.500	$ 0	$ 29.500	14-11 - ARL SURA	17	$ 736.667	1	$ 51.300	17	$ 736.667	CCF39-CAJASAN	$ 29.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
21	CC 91183303	RODRIGUEZ GOMEZ LUIS JESUS	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF64-CAJASAI	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
22	CC 91494673	OSORIO LEON JAIRO	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230201-PROTECCION	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS017-FAMISANAR	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
23	CC 91498481	CASTAÑEDA FLOREZ JOSE	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
24	CC 96169375	TELLEZ RINCON FREDY ALEXANDER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	NUEVA EPS CM	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 7.751.800**

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	901672292
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SANDOVAL Y CASTANEDA SOLUCIONES S.A.S
CIUDAD/MUNICIPIO:	PIEDECUESTA	DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CARRERA 3 W # 14 -79	TELÉFONO:	6762241
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	OBRA003 - OBRA ZAPATOCA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7919515982**			TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES febrero AÑO 2024			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES marzo AÑO 2024
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/21			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	527166394

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	4	$ 631.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 631.000	$ 0	$ 631.000
SUBTOTALES:										**$ 631.000**	**$ 0**	**$ 631.000**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	3		$ 0		$ 0		$ 0	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 156.000	$ 0	$ 0	$ 156.000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 1.800
SUBTOTALES:													**$ 157.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 157.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	4		$ 0	$ 0		$ 0	$ 274.600	$ 274.600	$ 0	$ 0	$ 274.600
SUBTOTALES:									**$ 274.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 274.600**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF39	CCF39-CAJASAN	4	$ 157.800	$ 0	$ 157.800
SUBTOTALES:			**$ 157.800**	**$ 0**	**$ 157.800**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES															SEGURIDAD SOCIAL																											PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP																		
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																										
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 1148216739	OLIVAREZ OSORIO JHONN KLEIVER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 13722382	VELASCO CARRILLO JAVIER	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 13925006	VILLABONA ESTUPINAN JESUS	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI	06	06															230301-PORVENIR	1	$ 43.334	$ 7.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 7.000	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 43.334	$ 1.800	$ 0	$ 1.800	14-11 - ARL SURA	1	$ 43.334	1	$ 3.100	1	$ 43.334	CCF39-CAJASAN	$ 1.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
4	CC 91488217	VALENCIA GARCES WILFRED	DEPEND		$ 1.300.000	FIJO			SI																	230301-PORVENIR	30	$ 1.300.000	$ 208.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 208.000	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 1.300.000	$ 52.000	$ 0	$ 52.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.300.000	1	$ 90.500	30	$ 1.300.000	CCF39-CAJASAN	$ 52.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 1.221.200**

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	901198698-9	AYB TOPOGRAFIA EINGENIERIA SAS	MZ L CA 13 BRR CHACARITA II	6982092	AYBTOPOGRAFIA@GMAIL.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		SANTANDER	PIEDECUESTA		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	
2024-03	2024-02	E	22/03/2024	75786878	$2.817.500	

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					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	104.000	0		0		0	0	0	0	104.000	2
EPS010	EPS Sura	800088702-2	156.000	0		0		0	0	0	0	156.000	3

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	624.000	0	0	0	0	0	0		624.000	3
230301	Porvenir	800224808-8	624.000	0	0	0	0	0	0		624.000	3
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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	633.500				633.500	0	0	633.500			6.335	633.500	7

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF39	Cajasan	890200106-1	364.000	0	0	364.000	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	364.000	364.000
Pensión	3	1.456.000	1.456.000
Riesgos Laborales	1	633.500	633.500
CCF	1	364.000	364.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	8	2.817.500	2.817.500

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
NI	901198698-9	AYB TOPOGRAFIA EINGENIERIA SAS		MZ L CA 13 BRR CHACARITA II	6982092	AYBTOPOGRAFIA@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	B – menos de 200 c			SANTANDER	PIEDECUESTA	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	
2024-03	2024-02	E	22/03/2024	75786878	$2.817.500	

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	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	1098220213	MENDEZ JAIMES YADIR ALEXIS	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
2	CC	91351289	ALMEYDA ESPINOSA CARLOS ALBERTO	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
3	CC	91352174	ALMEIDA ESPINOSA OSCAR JAVIER	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS002	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
4	CC	91526102	MEJIA JURADO ROBINSON ANDRES	1	0			S																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
5	CC	1098741178	GUTIERREZ HERNANDEZ FROILAN ENRIQUE	1	0			S																	230201	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS010	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
6	CC	1095935236	TELLEZ MARTINEZ JONATHAN FERNANDO	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	0	0	0	0	0
7	CC	1127346076	RODRIGUEZ FLOREZ RICHARD JESUS	1	0			S																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	52.000	14-11	1.300.000	5	90.500	CCF39	1.300.000	52.000	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	901663666-8	PROYECTOS Y MANTENIMIENTOS CHIPATECUA SAS	calle 41 # 27 25	8795003	proyectosymantenimientosch@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	B – menos de 200 c		SANTANDER	BUCARAMANGA		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
					6	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-01	E	20/02/2024	74866242	$1.281.300	

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	27.800	0		0		0	5	200	0	28.000	1
EPS010	EPS Sura	800088702-2	137.000	0		0		0	5	700	0	137.700	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	388.300	0	0	0	0	5	1.800	0	390.100	3
230301	Porvenir	800224808-8	270.500	0	0	0	0	5	1.300	0	271.800	3

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	286.800				286.800	5	1.300	288.100			2.868	288.100	6

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF40	Comfenalco Santander	890201578-7	164.800	5	800	165.600	6

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	164.800	165.700
Pensión	2	658.800	661.900
Riesgos Laborales	1	286.800	288.100
CCF	1	164.800	165.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	6	1.275.200	1.281.300

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	901663666-8	PROYECTOS Y MANTENIMIENTOS CHIPATECUA SAS		calle 41 # 27 25	8795003	proyectosymantenimientosch@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	B – menos de 200 c			SANTANDER	BUCARAMANGA	

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**
					6	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2024-02	2024-01	E	20/02/2024	74866242	$1.281.300	

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	1019056123	BERNAL GARZON ALEXANDER	1	0			S	X																230301	866.667	138.700	0	0	0	0	EPS010	866.667	34.700	14-11	866.667	5	60.400	CCF40	866.667	34.700	0	0	0	0	0
2	CC	1031120811	CHIPATECUA TELLEZ CRISTIAN ORLANDO	1	0			S	X																230201	866.667	138.700	0	0	0	0	EPS010	866.667	34.700	14-11	866.667	5	60.400	CCF40	866.667	34.700	0	0	0	0	0
3	CC	1032442986	CHIPATECUA TELLEZ EDWARD LEONARDO	1	0			S	X																230201	780.000	124.800	0	0	0	0	EPS010	780.000	31.200	14-11	780.000	5	54.300	CCF40	780.000	31.200	0	0	0	0	0
4	CC	1098808954	SOLANO BARRIOS CARLOS EDUARDO	1	0			S	X	X															230301	130.000	20.800	0	0	0	0	EPS010	130.000	5.200	14-11	130.000	5	9.100	CCF40	130.000	5.200	0	0	0	0	0
5	CC	1232893119	CASIQUE ARDILA FRAN GEIMAN	1	0			S	X																230301	693.334	111.000	0	0	0	0	EPS002	693.334	27.800	14-11	693.334	5	48.300	CCF40	693.334	27.800	0	0	0	0	0
6	CC	79382623	CHIPATECUA PULIDO GILBERTO	1	0			S	X																230201	780.000	124.800	0	0	0	0	EPS010	780.000	31.200	14-11	780.000	5	54.300	CCF40	780.000	31.200	0	0	0	0	0

PAGADA

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

EXAMEN DE INGRESO

ITSOS SALUD EN EL TRABAJO

Nit:900554345-8 Código del prestador: 6827670312

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



DATOS DEL SERVICIO			
Fecha Atención:	02/mar/2024 08:00 AM	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA
Examen:	Examen de Ingreso con concepto de aptitud para trabajo en alturas IN - CE		
Nombre Empresa:	ECOLVIAS & GEOINGENIERIA SAS	**T. Vinculación:**	

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	EDISON ANDRES ARIAS SIERRA	**Identificación:**	CC-1005108889
Dirección:	PEATONAL 7 CASA 28 B. DIVINO NIÑO - Colombia	**Teléfono:**	3164293487
Fecha	14/jul/2001	**Edad:**	22 Años 7 Meses 18 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Contributivo
EPS:		**ARL:**	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Examen	Resultado	Fecha
Triglicéridos	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	02/mar/2024 10:28 AM
Audiometría	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA CONSERVADA	02/mar/2024 09:56 AM
Glicemia	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	02/mar/2024 10:19 AM
Colesterol	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	02/mar/2024 10:27 AM
Visiometría	DENTRO DE LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS	02/mar/2024 10:48 AM

Concepto(s) Médico(s):	**Apto para Trabajo en Alturas** **Su alteración del peso constituye una enfermedad metabólica de origen común que NO le genera ningún tipo de restricción ocupacional directa actualmente para la ocupación, pero se requiere que sea evaluada y manejada en la EPS en que este afiliado, para su control y seguimiento. De acuerdo con las respuestas dadas en el interrogatorio de la Historia Clínica, al resultado de la Audiometría, Valoración Visual, Exámenes de Laboratorio Clínico y la Evaluación Médica, que incluye un completo Examen Osteomuscular con Pruebas Clínicas de Equilibrio Dinámico y Estático, y se considera que en caso de requerirse, CUMPLE PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS.**

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

Restricciones: SIN RESTRICCIONES

Recomendaciones: MANTENER ADECUADA POSTURA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DURANTE LA JORNADA, ADECUADO MANEJO DE CARGAS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA TAREA, ADECUADA PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES CON EXPOSICION A RUIDO, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO. SE RECOMIENDA CONTROL AUDITIVO ANUAL. MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. SE RECOMIENDA CONTROL POR OPTOMETRIA, USO DE CORRECCION VISUAL . SE SUGIERE CAPACITACION Y CERTIFICACION PARA TRABAJO EN ALTURAS. INCLUIR EN SVE:
( ) OSTEOMUSCULAR
( ) AUDITIVO
( ) VISUAL
(X) CARDIOVASCULAR
( ) RESPIRATORIO
( ) QUIMICO
( ) BIOLOGICO
( ) PSICOSOCIAL
( ) OTRO:

-ENFASIS: -OSTEOMUSCULAR: APTO.
-PARA TRABAJO EN ALTURAS: APTO

Edison Arias

Firma del Paciente

Nombre: EDISON ANDRES ARIAS SIERRA

Eduardo Felipe Pedraza Jaimes
Médico Especialista SST

Profesional: EDUARDO FELIPE PEDRAZA JAIMES
RM: Licencia Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolucion 3850 de 05/06/2023

Licencia Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolucion 3850 de 05/06/2023

CENTRO DE RECONOCIMIENTO LABORAL SAOCSS S.A.S

Licencia en Salud Ocupacional 006944

Calle 36 No.31 - 39 Cons 125 Centro Empresarial Chicamocha Bucaramanga
Tel:(7)6808075

Certificado: Nº: 78239



Empresa: MIGUEL SILVA INGENIERIA S.A.S **Fecha Emisión:** **04/03/24**

Sede: BUCARAMANGA

Cargo : AYUDANTE DE OBRA

Nombre : AQUILEO **Apellidos :** URIBE RODRIGUEZ

Documento : 5796194 **Edad :** 61 **Sexo:** MASCULINO

Concepto : INGRESO **Resultados** EL TRABAJADOR TIENE ALTERACIONES AL EXAMEN FISICO QUE PUEDEN EMPEORARSE CON EL TRABAJO.

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN	FECHA FIN	EXAMEN	FECHA FIN
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			

Observaciones :

Se certifica que se revisaron, los antecedentes médicos y ocupacionales del paciente, los requerimientos de la labor que desarrolló, de acuerdo al perfil del cargo o el profesiograma definido por la empresa y la información sobre los peligros a los que estuvo expuesto el trabajador. el análisis de lo anterior, los hallazgos al examen físico y los resultados de los exámenes para clínicos solicitados, nos permiten concluir:

Recomendaciones Generales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE DIETA SANA Y ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 VECES POR SEMANA, CONTROL OPTOMETRICO Y USO DE GAFAS CUANDO LO REQUIERA

Recomendaciones Ocupacionales

HIGIENE POSTURAL, REALICE PAUSAS ACTIVAS CON ESTIRAMIENTO MUSCULAR COMPLETO QUE INCLUYA EXTREMIDADES Y CAMBIOS DE POSTURA, CAPACITAR EN UNA ADECUADA MANIPULACION Y TRANSPORTE BIMANUAL DE CARGAS MAXIMO 15KG BIMANUAL NO CONTINUO, ESTO INCLUYE EMPUJE Y ARRASTRE DE LA MISMA, TENGA EN CUENTA LAS PAUTAS ERGONOMICAS PARA ELLO, PARA CARGAS SUPERIORES A LAS DESCRITAS, HACER USO DE AYUDAS MECANICAS Y/O COMPAÑEROS. USO DE EPP PERTINENTES

ESTE CONCEPTO NO INCLUYE APTITUD PARA TRABAJOS EN ALTURAS, ESPACIOS CONFINADOS NI CONDUCCION



Firma Paciente

Huella Paciente

Dra. Olga C. Serrano Cardenas
Médico Salud Ocupacional
R.M. 2581 SO 6815/15

Dr(a). OLGA CRISTINA SERRANO CARDENA
Licencia R.M.2581-SO:6815/15

CENTRO DE RECONOCIMIENTO LABORAL SAOCSS S.A.S

Licencia en Salud Ocupacional 006944

Calle 36 No.31 - 39 Cons 125 Centro Empresarial Chicamocha Bucaramanga
Tel:(7)6808075

Certificado: Nº: 78243



Empresa: MIGUEL SILVA INGENIERIA S.A.S **Fecha Emisión:** 04/03/24

Sede: BUCARAMANGA

Cargo : AYUDANTE DE OBRA

Nombre : GIOVANNY **Apellidos :** GELVEZ VARGAS

Documento : 91160280 **Edad :** 44 **Sexo:** MASCULINO

Concepto : INGRESO **Resultados** EL TRABAJADOR CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS DEFINIDOS PARA EL CARGO Y PUEDE DESEMPEÑARLO SIN RESTRICCIONES.

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN	FECHA FIN	EXAMEN	FECHA FIN
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			

Observaciones :

Se certifica que se revisaron, los antecedentes médicos y ocupacionales del paciente, los requerimientos de la labor que desarrolló, de acuerdo al perfil del cargo o el profesiograma definido por la empresa y la información sobre los peligros a los que estuvo expuesto el trabajador. el análisis de lo anterior, los hallazgos al examen físico y los resultados de los exámenes para clínicos solicitados, nos permiten concluir:

Recomendaciones Generales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE DIETA SANA Y ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 VECES POR SEMANA, CONTROL OPTOMETRICO Y USO DE GAFAS CUANDO LO REQUIERA

Recomendaciones Ocupacionales

HIGIENE POSTURAL, REALICE PAUSAS ACTIVAS CON ESTIRAMIENTO MUSCULAR COMPLETO QUE INCLUYA EXTREMIDADES Y CAMBIOS DE POSTURA, CAPACITAR EN UNA ADECUADA MANIPULACION Y TRANSPORTE BIMANUAL DE CARGAS, TENIENDO EN CUENTA LA NORMA Y LAS PAUTAS ERGONOMICAS PARA ELLO, USO DE EPP PERTINENTES

ESTE CONCEPTO NO INCLUYE APTITUD PARA TRABAJOS EN ALTURAS, ESPACIOS CONFINADOS NI CONDUCCION



Firma Paciente



Huella Paciente



Dr(a). OLGA CRISTINA SERRANO CARDENA
Licencia R.M.2581-SO:6815/15

CENTRO DE RECONOCIMIENTO LABORAL SAOCSS S.A.S

Licencia en Salud Ocupacional 006944

Calle 36 No.31 - 39 Cons 125 Centro Empresarial Chicamocha Bucaramanga
Tel:(7)6808075

Certificado: Nº: 78088



Empresa: MIGUEL SILVA INGENIERIA S.A.S **Fecha Emisión:** **01/03/24**

Sede: BUCARAMANGA

Cargo : OPERADOR DE MAQUINA

Nombre : WILLIAM **Apellidos :** FERREIRA PIMIENTO

Documento : 91542602 **Edad :** 39 **Sexo:** MASCULINO

Concepto : INGRESO **Resultados** EL TRABAJADOR TIENE ALTERACIONES AL EXAMEN FISICO QUE PUEDEN EMPEORARSE CON EL TRABAJO.

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN	FECHA FIN	EXAMEN	FECHA FIN
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			

Observaciones :

Se certifica que se revisaron, los antecedentes médicos y ocupacionales del paciente, los requerimientos de la labor que desarrolló, de acuerdo al perfil del cargo o el profesiograma definido por la empresa y la información sobre los peligros a los que estuvo expuesto el trabajador. el análisis de lo anterior, los hallazgos al examen físico y los resultados de los exámenes para clínicos solicitados, nos permiten concluir:

Recomendaciones Generales:

ESTILO DE VIDA SALUDABLE DIETA SANA Y ACTIVIDAD FISICA MINIMO 3 VECES POR SEMANA, CONTROL OPTOMETRICO ANUAL,

Recomendaciones Ocupacionales

HIGIENE POSTURAL, REALICE PAUSAS ACTIVAS CON ESTIRAMIENTO MUSCULAR COMPLETO QUE INCLUYA EXTREMIDADES Y CAMBIOS DE POSTURA, CAPACITAR EN UNA ADECUADA MANIPULACION Y TRANSPORTE BIMANUAL DE CARGAS, MAXIMO 15KG BIMANUAL NO CONTINUO, ESTO INCLUYE EMPUJE Y ARRASTRE, TENGA EN CUENTA LAS PAUTAS ERGONOMICAS PARA ELLO, NO USO DE HERRAMIENTAS QUE GENEREN VIBRACION CORPORAL COMPLETA. USO DE EPP PERTINENTES

ESTE CONCEPTO NO INCLUYE APTITUD PARA TRABAJOS DE ALTO RIESGO (ALTURAS, ESPACIOS CONFINADOS NI CONDUCCION VEHICULAR)



Firma Paciente



Huella Paciente



Dr(a). OLGA CRISTINA SERRANO CARDENA
Licencia R.M.2581-SO:6815/15

CENTRO DE RECONOCIMIENTO LABORAL SAOCSS S.A.S

Licencia en Salud Ocupacional 006944

Calle 36 No.31 - 39 Cons 125 Centro
Empresarial Chicamocha Bucaramanga
Tel:(7)6808075

Certificado:
Nº: 44848



Empresa: MIGUEL SILVA INGENIERIA S.A.S **Fecha Emisión:** **15/12/22**

Sede: BUCARAMANGA

Cargo : COORDINADOR DE PROYECTOS

Nombre : ALEJANDRO **Apellidos :** MENDOZA FLOREZ

Documento : 1098793880 **Edad :** 25 **Sexo:** MASCULINO

Concepto : INGRESO **Resultados** EL TRABAJADOR CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS DEFINIDOS PARA EL CARGO Y PUEDE DESEMPEÑARLO SIN RESTRICCIONES.

EXÁMENES REALIZADOS

EXAMEN	FECHA FIN	EXAMEN	FECHA FIN
EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR			

Observaciones :

Se certifica que se revisaron, los antecedentes médicos y ocupacionales del paciente, los requerimientos de la labor que desarrolló, de acuerdo al perfil del cargo o el profesiograma definido por la empresa y la información sobre los peligros a los que estuvo expuesto el trabajador. el análisis de lo anterior, los hallazgos al examen físico y los resultados de los exámenes para clínicos solicitados, nos permiten concluir:

Recomendaciones Generales:

HABITOS SALUDABLES

Recomendaciones Ocupacionales

USO DE EPPS , AUTOCUIDADO , PAUSAS ACTIVAS , HIGIENE POSTURAL



Firma Paciente



Huella Paciente



Dr. RICARDO BEJARANO
Licencia 6898/93 SST18363

RESCATE IPS BGA
Carrera 32A # 110A-38 El Dorado, Floridablanca - Santander
Tel. 607-6856409 - Cel. 3028345937
www.rescateips.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 3.760

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
06 DÍA	03 MES	2024 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
INGETRADE INGENIERIA & NEGOCIOS SAS	INGETRADE INGENIERIA & NEGOCIOS SAS

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VALBUENA HERNANDEZ DARIO	MASCULINO	36 AÑOS 10 MESES 0 DÍAS	CC (Tipo)	1099940113 (Número)

Cargo
OPERADOR

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

SATISFACTORIO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

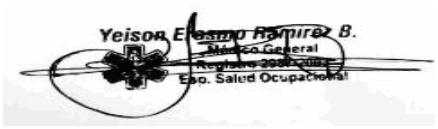
EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS	✓	TRIGLICERIDOS	✓
AUDIOMETRÍA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
VISIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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 antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Médico



Firma:

Nombre: RAMIREZ BARRETO YEISON ERASMO

R. M.: 2987-2003 **L.S.O.:** 2355-2014

Código de Seguridad
A1130G1M3760

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VALBUENA HERNANDEZ DARIO

CC: 1099940113

ITSOS SALUD EN EL TRABAJO

Nit:900554345-8 Código del prestador: 6827670312

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



DATOS DEL SERVICIO				
Fecha Atención:	06/mar/2024 07:12 AM	**Cargo:**	AYUDANTE DE OBRA	
Examen:	Examen de Ingreso Enfasis Osteomuscular			
Nombre Empresa:	ECOLVIAS & GEOINGENIERIA SAS	**T. Vinculación:**		

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	PEDRO ALEXANDER SIERRA CAMACHO	**Identificación:**	CC-91518195
Dirección:	BARRIO EL DIVINO NIÑO KILOMETRO 6 VIA AL MAR - Colombia,	**Teléfono:**	3227130756
Fecha	29/jun/1981	**Edad:**	42 Años 8 Meses 7 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Unión Libre
Profesión:	AYUDANTE DE OBRA	**Régimen Salud:**	Contributivo
EPS:	Nueva EPS	**ARL:**	

Concepto(s) Médico(s):	**Apto** **El examen estático y dinámico de la columna es normal y sus curvaturas son normales. No se evidencian limitaciones de los arcos de movimiento significativos o de importancia ocupacional, ni dolor. A nivel de los diferentes segmentos corporales la exploración osteomuscular es normal y no se evidencian atrofias ni limitaciones de la movilidad significativa, o de importancia ocupacional, ni dolor.**

Restricciones: SIN RESTRICCIONES

Recomendaciones: MANTENER ADECUADA POSTURA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DURANTE LA JORNADA, ADECUADO MANEJO DE CARGAS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA TAREA, ADECUADA PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES CON EXPOSICION A RUIDO, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO. SE RECOMIENDA CONTROL AUDITIVO ANUAL. MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. SE RECOMIENDA CONTROL POR OPTOMETRIA. INCLUIR EN SVE:
( ) OSTEOMUSCULAR
( ) AUDITIVO
( ) VISUAL
( ) CARDIOVASCULAR
( ) RESPIRATORIO
( ) QUIMICO
( ) BIOLOGICO
( ) PSICOSOCIAL
( ) OTRO:

EXAMEN DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR - APTO

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



Firma del Paciente

Nombre: PEDRO ALEXANDER SIERRA CAMACHO



Eduardo Felipe Pedraza Jaimes
Médico Especialista SST

Profesional: EDUARDO FELIPE PEDRAZA JAIMES

RM: Licencia Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolucion 3850 de 05/06/2023

Licencia Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolucion 3850 de 05/06/2023

ITSOS SALUD EN EL TRABAJO

Nit:900554345-8 Código del prestador: 6827670312

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL



DATOS DEL SERVICIO				
Fecha Atención:	06/mar/2024 07:36 AM	**Cargo:**	AUXILIAR DE OBRA	
Examen:	Examen de Ingreso con concepto de aptitud para trabajo en alturas IN - CE			
Nombre Empresa:	ECOLVIAS & GEOINGENIERIA SAS	**T. Vinculación:**		

DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	OSMER JOSE GARCIA SALAZAR	**Identificación:**	PPT-1220783
Dirección:	CALLE 45 N 2-37 CAMPO HERMOSO - Colombia,	**Teléfono:**	3138621245
Fecha	08/ene/1998	**Edad:**	26 Años 1 Meses 27 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AUXILIAR DE OBRA	**Régimen Salud:**	Contributivo
EPS:	Coosalud	**ARL:**	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Examen	Resultado	Fecha
Visiometría	DENTRO DE LOS PARAMETROS ESTABLECIDOS	06/mar/2024 07:55 AM
Colesterol	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	06/mar/2024 09:41 AM
Audiometría	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA CONSERVADA	06/mar/2024 08:35 AM
Glicemia	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	06/mar/2024 09:35 AM
Trigliceridos	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	06/mar/2024 09:42 AM

Concepto(s) Médico(s):	**Apto para Trabajo en Alturas** **De acuerdo con las respuestas dadas en el interrogatorio de la Historia Clínica, al resultado de la Audiometría, Valoración Visual, Exámenes de Laboratorio Clínico y la Evaluación Médica, que incluye un completo Examen Osteomuscular con Pruebas Clínicas de Equilibrio Dinámico y Estático, y se considera que en caso de requerirse, CUMPLE PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS.**

Restricciones: SIN RESTRICCIONES

Recomendaciones: MANTENER ADECUADA POSTURA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DURANTE LA JORNADA, ADECUADO MANEJO DE CARGAS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA TAREA, ADECUADA PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES CON EXPOSICION A RUIDO, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO. SE RECOMIENDA CONTROL AUDITIVO ANUAL. MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE. SE RECOMIENDA CONTROL POR OPTOMETRIA, USO DE CORRECCION VISUAL PERMANENTE. SE SUGIERE CAPACITACION Y CERTIFICACION PARA TRABAJO EN ALTURAS. INCLUIR

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

EN SVE:
( ) OSTEOMUSCULAR
( ) AUDITIVO
(X) VISUAL
( ) CARDIOVASCULAR
( ) RESPIRATORIO
( ) QUIMICO
( ) BIOLOGICO
( ) PSICOSOCIAL
( ) OTRO:

-ENFASIS: -OSTEOMUSCULAR: APTO.
-PARA TRABAJO EN ALTURAS: APTO



Firma del Paciente

Nombre: OSMER JOSE GARCIA SALAZAR



Eduardo Felipe Pedraza Jaimes
Médico Especialista SST

Profesional: EDUARDO FELIPE PEDRAZA JAIMES
RM: Licencia Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolucion 3850 de 05/06/2023

Licencia Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolucion 3850 de 05/06/2023

ITSOS SALUD EN EL TRABAJO

Nit:900554345-8 Código del prestador: 6827670312

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

DATOS DEL SERVICIO			
Fecha Atención:	28/feb/2024 07:24 AM	**Cargo:**	AUXILIAR DE OBRA
Examen:	Examen de Ingreso con concepto de aptitud para trabajo en alturas IN - CE		
Nombre Empresa:	ECOLVIAS & GEOINGENIERIA SAS	**T. Vinculación:**	



DATOS DEL PACIENTE			
Nombre:	SANTIAGO CHAVARRO MORALES	**Identificación:**	CC-1007308316
Dirección:	CLL 109 N 15-67 - Colombia	**Teléfono:**	3125606151
Fecha	10/dic/2002	**Edad:**	21 Años 2 Meses 19 Días
Sexo:	Masculino	**Estado Civil:**	Soltero(a)
Profesión:	AUXILIAR DE OBRA	**Régimen Salud:**	Contributivo
EPS:	E.P.S Sanitas	**ARL:**	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS REALIZADOS

Examen	Resultado	Fecha
Audiometría	SENSIBILIDAD AUDITIVA PERIFÉRICA CONSERVADA	28/feb/2024 07:27 AM
Visiometría	DENTRO DE PARAMETROS ESTABLECIDOS	28/feb/2024 07:52 AM
Glicemia	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	28/feb/2024 10:33 AM
Colesterol	AUMENTADO	28/feb/2024 10:34 AM
Trigliceridos	VALOR DENTRO DE LOS LIMITES DE REFERENCIA	28/feb/2024 10:35 AM

Concepto(s) Médico(s):	**Apto para Trabajo en Alturas** **El examen de Colesterol Total y Lipoproteínas realizado muestra un valor aumentado que no se asocia a vértigo, por lo que no le genera restricciones ocupacionales para realizar trabajos en alturas. Sin embargo, requiere ser evaluado por integralmente por Médico y Dietética y Nutrición de su entidad de salud para establecer plan de manejo, ya que se asocia a un riesgo aumentado de patologías cardiovasculares.** **De acuerdo con las respuestas dadas en el interrogatorio de la Historia Clínica, al resultado de la Audiometría, Valoración Visual, Exámenes de Laboratorio Clínico y la Evaluación Médica, que incluye un completo Examen Osteomuscular con Pruebas Clínicas de Equilibrio Dinámico y Estático, y se considera que en caso de requerirse, CUMPLE PARA**

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS.

Restricciones: SIN RESTRICCIONES

Recomendaciones: MANTENER ADECUADA POSTURA, REALIZAR PAUSAS ACTIVAS Y ESTIRAMIENTOS DURANTE LA JORNADA, ADECUADO MANEJO DE CARGAS. USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL SEGUN LA TAREA, ADECUADA PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES CON EXPOSICION A RUIDO, MEDIDAS DE AUTOCUIDADO. SE RECOMIENDA CONTROL AUDITIVO ANUAL. MANTENER HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.. SE SUGIERE CAPACITACION Y CERTIFICACION PARA TRABAJO EN ALTURAS.
INCLUIR EN SVE:
( ) OSTEOMUSCULAR
( ) AUDITIVO
( ) VISUAL
(X) CARDIOVASCULAR
( ) RESPIRATORIO
( ) QUIMICO
( ) BIOLOGICO
( ) PSICOSOCIAL
( ) OTRO:

-ENFASIS: -OSTEOMUSCULAR: APTO.
-PARA TRABAJO EN ALTURAS: APTO

Santiago Chavarro

Firma del Paciente

Nombre: SANTIAGO CHAVARRO MORALES

Eduardo Felipe Pedraza Jaimes
Médico Especialista SST

Profesional: EDUARDO FELIPE PEDRAZA JAIMES
RM: Licencia Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolucion 3850 de 05/06/2023
Licencia Prestacion de Servicios en Seguridad y Salud en el Trabajo Resolucion 3850 de 05/06/2023

CERTIFICA MEDICAL GROUP
NIT 901.640.417-1
Dirección: Calle 41# 27a - 25
Barrio Mejoras Públicas
Celular: 314 879 8309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
Bucaramanga, Santander



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.407

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	**03** MES	**2024** AÑO	**BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)** Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS EN ALTURAS**

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

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	**SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RIOS GARCIA JORGE ELIECER	MASCULINO	28 AÑOS 10 MESES 10 DÍAS	CC (Tipo)	1098769518 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
OPTOMETRIA	✓	COLESTEROL	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTES		HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
USAR PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES RUIDOSOS DE MAS DE 85 DB
USAR PROTECCION PARA ALTURAS Y CAPACITACION

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: Dra. María Juliana Hoyos Serrano Medicina Laboral R.M. 2602 RSO. 07715

Nombre: HOYOS SERRANO MARIA JULIANA

R. M.: 2602 **L.S.O.:** 07715

Código de Seguridad
V1428B1H1407

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: RIOS GARCIA JORGE ELIECER

CC: 1098769518

CERTIFICA MEDICAL GROUP

NIT 901.640.417-1
Dirección: Calle 41# 27a - 25
Barrio Mejoras Públicas
Celular: 314 879 8309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
Bucaramanga, Santander



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.436

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	**03** MES	**2024** AÑO	**BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)** Ciudad	**EXAMEN FISICO OCUPACIONAL INGRESO**

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

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	**SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
SILVIA NIÑO GARID	MASCULINO	22 AÑOS 5 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1193524295 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE CON LOS REQUISITOS PARA LA LABOR ASIGNADA

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

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: Dra. María Juliana Hoyos Serrano Medicina Laboral R.M. 2602 RSO. 07715

Nombre: HOYOS SERRANO MARIA JULIANA

R. M.: 2602 **L.S.O.:** 07715

Código de Seguridad
I1428O1U1436

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: SILVIA NIÑO GARID

CC: 1193524295

CERTIFICA MEDICAL GROUP
NIT 901.640.417-1
Dirección: Calle 41# 27a - 25
Barrio Mejoras Públicas
Celular: 314 879 8309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
Bucaramanga, Santander



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.455

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
18 DÍA	**03** MES	**2024** AÑO	**BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA)** Ciudad	**EXAMEN FISICO OCUPACIONAL INGRESO**

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

Nombre de la empresa	**Empresa en misión**
SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	**SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CARRILLO VERA JESUS ANTONIO	MASCULINO	42 AÑOS 11 MESES 17 DÍAS	CC (Tipo)	1127350728 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA.

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:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	**RECOMENDACIONES OCUPACIONALES**	**HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES**
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA

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

Dra. María Juliana Hoyos Serrano
Medicina Laboral
R.M. 2602
RSO. 07715

Firma:

Nombre: HOYOS SERRANO MARIA JULIANA

R. M.: 2602 **L.S.O.:** 07715

Código de Seguridad
Y1428E1K1455

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: CARRILLO VERA JESUS ANTONIO

CC: 1127350728

SALUD INTEGRAL SANTANDER IPS SAS
NIT. 901050204-8
Carrera 32 No. 33-33 La Aurora - Cel. 315 374 8286 - Tel. 6076951343
Carrera 35 # 52-72 Cabecera - Cel. 317 693 7070 - Tel. 6836525
Bucaramanga - Santander
E-mail. saludintegralsantanderips@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 9.441

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
15 DÍA	03 MES	2024 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
PROYECTOS Y MANTENIMIENTOS CHIPATECUA S.A.S	PROYECTOS Y MANTENIMIENTOS CHIPATECUA S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación
BLANCO MANTILLA EDUWIN ARMANDO	MASCULINO	22 AÑOS 9 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo) 1005323469 (Número)
	Teléfonos		

Cargo
AUXILIAR DE PERFORACION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

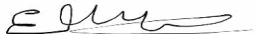
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

APTO PARA LA LABOR ASIGNADA - ESTILOS DE VIDA SALUDABLE - SEGUIR LOS LINEAMIENTOS DEL SGSST-

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: BONETT SOLANO EDGARD	Nombre: BLANCO MANTILLA EDUWIN ARMANDO
R. M.: 4466 L.S.O.: 03628	CC: 1005323469

CERTIFICA MEDICAL GROUP
Dirección: Calle 41 # 27a - 25 Barrio Mejoras Públicas
Cel: 314 8798309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
BUCARAMANGA



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 1.150

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
30 DÍA	01 MES	2024 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	**SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
PABON OSORIO HERNAN	MASCULINO	47 AÑOS 5 MESES 23 DÍAS	CC (Tipo)	13562807 (Número)

Cargo
AYUDANTE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: *NO APLICA*

APLAZADO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
EVITAR RUIDOS FUERTES DE MAS DE 85DB	PERMANENTE	USAR DOBLE PROTECCION AUDITIVA

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

AUDIOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
OPTOMETRIA	✓	COLESTEROL	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS	SVE AUDITIVO	DIETA BALANCEADA
ESPECIALISTA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	
	NO ALZAR PESO MAYOR DE : 25 KG	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL EXAMEN FÍSICO ANTERIORMENTE REALIZADO CON ÉNFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR, FUE REALIZADO EN REPOSO, SIN ENCONTRAR PATOLOGÍAS QUE PUEDAN LIMITAR EL DESEMPEÑO DEL TRABAJADOR PARA LA REALIZACIÓN DE SU TAREA. REPORTAR CUALQUIER NOVEDAD EN SU CONDICIÓN DE SALUD ANTES DE REALIZAR SU TRABAJO. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA DE TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TIPO OSTEOMUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS, ETC), LLEVAR UN ESTILO DE VIDA, HÁBITOS SALUDABLES DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO. SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA, REPORTAR CUALQUIER ACCIDENTE O INCIDENTE A SU JEFE INMEDIATO.
VALORACION POR OTORRINO EN EPS, NO TRABAJAR EN ALTURAS
DIETA BAJA EN GRASAS CONTROL MEDICO EN EPS Y VALORACION POR OTORRINO.

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:

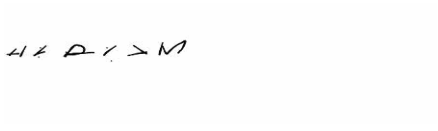
Nombre: HOYOS SERRANO MARIA JULIANA

R. M.: 2602 **L.S.O.:** 07715

Código de Seguridad

F1428L1R1150

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: PABON OSORIO HERNAN

CC: 13562807

CERTIFICA MEDICAL GROUP
Dirección: Calle 41 # 27a - 25 Barrio Mejoras Públicas
Cel: 314 8798309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
BUCARAMANGA



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 695

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	12 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
CAMPO GARCIA DANILO	MASCULINO	35 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1100891048 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE OBRA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD QUE NO DISMINUYE SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
OPTOMETRIA	✓	COLESTEROL	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	CONTROL DE PESO
		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DE ACUERDO A LOS LINEAMIENTOS DE LA EMPRESA
REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 3 VECES POR SEMANA.
HABITOS SALUDABLES DIETA BAJA EN GRASAS.
USAR PROTECCIÓN Y CAPACITACIÓN PARA ALTURAS.

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

Dra. María Juliana Hoyos Serrano
Medicina Laboral
R.M. 2602
RSO. 07715

Firma:

Nombre: HOYOS SERRANO MARIA JULIANA

Aspirante o Trabajador

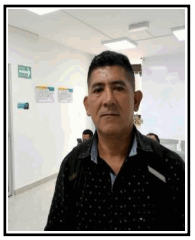
Danilo campo

Firma:

Nombre: CAMPO GARCIA DANILO

R. M.:	2602	L.S.O.:	07715	Código de Seguridad	CC:	1100891048
				X1428D1J695		

CERTIFICA MEDICAL GROUP
Dirección: Calle 41 # 27a - 25 Barrio Mejoras Públicas
Cel: 314 8798309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
BUCARAMANGA



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 664

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
24 DÍA	11 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS**

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	**SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S**

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OSORIO LEON JAIRO	MASCULINO	49 AÑOS 10 MESES 3 DÍAS	CC (Tipo)	91494673 (Número)

Cargo
OFICIAL DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
CON DEFECTO FISICO O ENFERMEDAD CORREGIBLE QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LABOR ASIGNADA.

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
OPTOMETRIA	✓	COLESTEROL	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : PERMANENTES	SVE VISUAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS		HACER DEPORTE
		DIETA BALANCEADA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

-CUMPLIR NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
-USAR PROTECCION AUDITIVA EN AMBIENTES RUIDOSOS DE MAS DE 85 DB.
-COMER SALUDABLE FRUTAS VERDURAS
-ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
-USAR PROTECCION PARA ALTURAS Y CAPACITACION
-CONTROL POR OFTAMOLOGIA EN EPS

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:

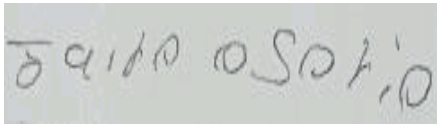
Nombre: HOYOS SERRANO MARIA JULIANA

R. M.: 2602 **L.S.O.:** 07715

Código de Seguridad

M1428S1Y664

Aspirante o Trabajador



Firma:

Nombre: OSORIO LEON JAIRO

CC: 91494673

CERTIFICA MEDICAL GROUP
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES

CERTIFICA MEDICAL GROUP
Dirección: Calle 41 # 27a - 25 Barrio Mejoras Públicas
Cel: 314 8798309
Correo: certificamedicalgroupcrcsas@gmail.com
BUCARAMANGA



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 655

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
17 DÍA	11 MES	2023 AÑO	BUCARAMANGA (SANTANDER, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S	SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
TELLEZ RINCON FREDY ALEXANDER	MASCULINO	39 AÑOS 3 MESES 22 DÍAS	CC (Tipo)	96169375 (Número)

Cargo
AYUDANTE DE CONSTRUCCION

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO

Observaciones: *NO APLICA*

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

AUDIOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
OPTOMETRIA	✓	COLESTEROL	✓
GLICEMIA	✓	EXAMEN MEDICO DE INGRESO OCUPACIONAL CON ENFASIS EN ALTURAS	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	USO DE EPP	HÁBITOS SALUDABLES
AUDIOMETRÍA DE CONTROL EN UN AÑO	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

EL EXAMEN FÍSICO ANTERIORMENTE REALIZADO CON ÉNFASIS EN EL SISTEMA OSTEOMUSCULAR, FUE REALIZADO EN REPOSO, SIN ENCONTRAR PATOLOGÍAS QUE PUEDAN LIMITAR EL DESEMPEÑO DEL TRABAJADOR PARA LA REALIZACIÓN DE SU TAREA. REPORTAR CUALQUIER NOVEDAD EN SU CONDICIÓN DE SALUD ANTES DE REALIZAR SU TRABAJO. DESARROLLAR LAS ACTIVIDADES LABORALES ADOPTANDO UNA ADECUADA POSTURA DE TODOS LOS SEGMENTOS CORPORALES, REALIZAR ACTIVIDADES PREVENTIVAS DE TIPO OSTEOMUSCULAR (PAUSAS ACTIVAS, ETC), UTILIZAR CORRECTAMENTE LOS ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL SUMINISTRADOS, LLEVAR UN ESTILO DE VIDA, HÁBITOS SALUDABLES DE ALIMENTACIÓN Y EJERCICIO FÍSICO. SEGUIR PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DE LA EMPRESA, REPORTAR CUALQUIER ACCIDENTE O INCIDENTE A SU JEFE INMEDIATO.
USAR PROTECCIÓN Y CAPACITACIÓN PARA ALTURAS.

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: Dra. María Juliana Hoyos Serrano Medicina Laboral R.M. 2602 RSO. 07715

Nombre: HOYOS SERRANO MARIA JULIANA

Aspirante o Trabajador

Firma: Fredy A. Tellez Rincón

Nombre: TELLEZ RINCON FREDY ALEXANDER

R. M.:	2602	L.S.O.:	07715	Código de Seguridad	CC:	96169375
				Z1428F1L655		

ARL

Medellín, 04 de March de 2024

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 ECOLVIAS & GEOINGENIERÍA S.A.S..

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:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005108889	ARIAS SIERRA EDISON ANDRES	05/03/2024		n2311611	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 04/03/2024 08:21:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.104.253.208, 192.230.104.4, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900494267
Número Afiliación:	9003183
Razón social:	MIGUEL SILVA INGENIERIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	91542602
Nombre:	WILLIAM FERREIRA PIMIENTO
Fecha Ingreso:	05/03/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL-01
Centro de trabajo:	SUCURSA-01
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	4/3/2024 10:44:26 AM

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900494267
Número Afiliación:	9003183
Razón social:	MIGUEL SILVA INGENIERIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	91160280
Nombre:	GIOVANNY GELVES VARGAS
Fecha Ingreso:	05/03/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL-01
Centro de trabajo:	SUCURSA-01
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	4/3/2024 11:15:58 AM

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900494267
Número Afiliación:	9003183
Razón social:	MIGUEL SILVA INGENIERIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	5796194
Nombre:	AQUILEO URIBE RODRIGUEZ
Fecha Ingreso:	05/03/2024
Salario básico:	1,300,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL-01
Centro de trabajo:	SUCURSA-01
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	4/3/2024 11:22:44 AM

AXA COLPATRIA

INGRESO EMPLEADO

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo de Identificación:	NIT
Número de documento:	900494267
Número Afiliación:	9003183
Razón social:	MIGUEL SILVA INGENIERIA SAS

DATOS DEL EMPLEADO:

Tipo de documento:	CÉDULA
Número de Documento	1098793880
Nombre:	ALEJANDRO MENDOZA FLOREZ
Fecha Ingreso:	19/12/2022
Salario básico:	2,200,000
Nit empresa en misión:	0
Código Sucursal:	SUCURSAL-01
Centro de trabajo:	SUCURSA-01
Tasa:	6.960
Fecha hora transacción:	17/12/2022 01:15:37 p.m.

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

COMPROBANTE DE RADICACIÓN DE LA AFILIACIÓN DEL DIA 06/03/2024

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS DE LA EMPRESA

Tipo documento:	NI	**Número de documento:**	901506157	**Cédula Usuario:**	CC 88034346
Nombre:	INGETRADE INGENIERIA & NEGOCIOS S.A.S				
Dirección:	CL 5 7 42				
Departamento:	NORTE DE SANTANDER		**Municipio:**	PAMPLONA	
Correo electrónico:	GERENCIA.INGETRADE@GMAIL.COM				
Teléfono:	3113711622		**Tarifa:**	6.960	
Actividad Económica:	5711001 ACTIVIDADES DE ARQUITECTURA E INGENIERIA Y OTRAS ACTIVIDADES CONEXAS DE CONSULTORIA TECNICA, INCLUYE ACTIVIDADES DE CONSULTORIA DE ARQUITECTURA: DISENO DE EDIFICIOS Y DIBUJO DE PLANOS DE CONSTRUCCION, PLANIFICACION URBANA Y ARQUITECTURA PAISAJISTA, DISENO DE INGENIERIA, CONSULTORIA EN MAQUINARIA, PROCESOS Y PLANTAS INDUSTRIALES, INGENIERIA CIVIL, HIDRAULICA Y DE TRAFICO, PROYECTOS DE ORDENACION HIDRICA, PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA CON PRESENCIA EN LAS INSTALACIONES DONDE SE DESARROLLA EL PROYECTO (CON INTERVENCION DIRECTA EN OBRAS); ELABORACION Y REALIZACION DE PROYECTOS DE INGENIERIA ELECTRICA Y ELECTRONIC				

DATOS DEL USUARIO QUE REALIZA LA RADICACIÓN

Cédula Usuario	Nombres y Apellidos del Usuario
CC 88034346	JESUS MARIA RINCON LOPEZ

DATOS AFILIADOS RADICADOS

	Radicado	Cobertura	Documento	Nombre Trabajador	Riesgo	Tarifa	Tipo
1	50	07/03/2024	CC 1099940113	VALBUENA HERNANDEZ DARIO	5	6.96000	**Dependiente**

OBSERVACIONES

Si tiene alguna duda con respecto a la tarifa o actividad económica de sus afiliados por favor diríjase a la oficina de POSITIVA más cercana o comuníquese con nuestra línea gratuita de atención a nivel nacional 01-8000-111-170 y en Bogotá al 3307000.

MIS_4_1_3_FR15 v_04

Cordial saludo,

Gerencia de Afiliaciones y Novedades
Positiva Compañía de Seguros S.A.

D7C0B876B9669EB33E55EACFB658D384

Certificado impreso el día 3/6/2024 1:16:59 PM por el portal de empresas Edesk

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

EN CASO DE ACCIDENTE DE TRABAJO

Diríjase a la Institución Prestadora de Salud (**IPS**) asignada en la línea Positiva **01 8000 111 170**, en Bogotá (**601**) **330 7000.**

www.positiva.gov.co

LA ASEGURADORA DE TODOS LOS COLOMBIANOS

POSITIVA
COMPAÑIA DE SEGUROS

DARIO
VALBUENA HERNANDEZ
1099940113

INGETRADE INGENIERIA & NEGOCIOS S.A.S
901506157

Este carné es personal e intransferible.

Medellín, 06 de Marzo de 2024

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 ECOLVIAS GEOINGENIERIA SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C91518195	SIERRA CAMACHO PEDRO ALEXANDER	07/03/2024		9342s43³	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C11307441202406659947

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 06/03/2024 16:39:07 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.76.88, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 08 de March de 2024

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 ECOLVIAS & GEOINGENIERÍA S.A.S..

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:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
X1220783	GARCIA SALAZAR OSMER JOSE	11/03/2024		18420602	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 08/03/2024 10:11:26 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.76.88, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 06 de March de 2024

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 ECOLVIAS & GEOINGENIERÍA S.A.S..

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:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1007308316	CHAVARRO MORALES SANTIAGO	07/03/2024		23324914	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 06/03/2024 10:45:20 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.236.76.88, 192.230.104.8, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 08 de March de 2024

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 SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S.

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:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1098769518	RIOS GARCIA JORGE ELIECER	11/03/2024		15435229	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 08/03/2024 09:38:00 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.204.46.218, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 16 de March de 2024

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 SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S.

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:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1193524295	SILVA NIÑO GARID	18/03/2024		47x17237	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 16/03/2024 10:30:59 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.110.152, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 16 de March de 2024

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 SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES S.A.S.

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:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1127350728	CARRILLO VERA JESUS ANTONIO	18/03/2024		a247KnF3	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 16/03/2024 10:32:46 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.51.110.152, 192.230.104.12, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 15 de March de 2024

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 PROYECTOS Y MANTENIMIENTOS CHIPATECUA 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:	0000000001 PRINCIPAL SANTANDER		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1005323469	BLANCO MANTILLA EDUWIN ARMANDO	16/03/2024		63372139	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 15/03/2024 17:21:18 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.1.68.41, 192.230.104.6, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de Marzo de 2024

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 SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C13562807	PABON OSORIO HERNAN	01/02/2024		22221513	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C376517422406184903

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 01/03/2024 23:35:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.141.17.207, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 29 de Febrero de 2024

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 SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1100891048	CAMPO GARCIA DANILO	03/01/2024		13419916	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C376517422406079090

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 29/02/2024 21:58:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.141.17.207, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de Marzo de 2024

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 SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C91494673	OSORIO LEON JAIRO	03/01/2024		19717502	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C376517422406184712

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 01/03/2024 23:31:52 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.141.17.207, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Medellín, 01 de Marzo de 2024

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 SANDOVAL Y CASTAÑEDA SOLUCIONES SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL SANTANDER, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C96169375	TELLEZ RINCON FREDY ALEXANDER	03/01/2024		5839M250	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C376517422406145982

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 01/03/2024 12:46:22 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 181.141.17.207, 192.230.104.1, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

EPS

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-1005108889
Nombres:	EDISON ANDRES
Apellidos:	ARIAS SIERRA
No. de Carnet:	DBA13E7581E1DB0A3B6DB09F9FE6D497
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2023-03-01
Estado de afiliación:	No vigente
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	SANTANDER-BUCARAMANGA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el lunes, 04 de marzo de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el jueves, 04 de abril de 2024



CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1098793880
NOMBRES	ALEJANDRO
APELLIDOS	MENDOZA FLOREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	SANTANDER
MUNICIPIO	BUCARAMANGA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACION	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS SURAMERICANA S.A.	CONTRIBUTIVO	01/03/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión: | 04/01/2024 13:51:09 | **Estación de origen:** | 192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas

Bogotá, Marzo 6 de 2024

Señor:
FERREIRA PIMIENTO WILLIAM
CC. 91542602
CR 7 A 20 66 BRR LA CUMBRE - 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 Abril 29 de 2009. 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
FERREIRA PINEDA DANNA SOFIA	1097915197	T	Abr-23-2011	79	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna
BRICEÑO ALFONSO RUBENCY ANDREINA	5803153	PT	Jul-14-2023	34	0	COMPAÑERO(A)	VIGENTE			Ninguna
FERREIRA PIMIENTO WILLIAM	91542602	C	Abr-29-2009	167	0	COTIZANTE	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
CONSTRUSUELOS	91542602	Dependiente	CERRADO
CONSTRUSUELOS	91542602	Dependiente	CERRADO
CONSTRUSUELOS	91542602	Dependiente	CERRADO
CONSTRUSUELOS	91542602	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ESTUDIOS AVR C14	91542602	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO INELECTRA SCIA	91542602	Dependiente	CERRADO
CONSTRUSUELOS	91542602	Dependiente	CERRADO
CONSTRUSUELOS	91542602	Dependiente	CERRADO
CONSTRUSUELOS	91542602	Dependiente	CERRADO
CONSTRUSUELOS	91542602	Dependiente	CERRADO
CONSTRUSUELOS	91542602	Dependiente	VIGENTE
FUNDEUIS	91542602	Dependiente	CERRADO
GEOTECNIA Y CONSTRUCCION SAS	91542602	Dependiente	VIGENTE
INTERCIVIL INGENIERIA SAS	91542602	Dependiente	CERRADO
LOGAN DRILLING COLOMBIA SAS	91542602	Dependiente	CERRADO
LOGAN DRILLING COLOMBIA SAS	91542602	Dependiente	CERRADO
LOGAN DRILLING COLOMBIA SAS	91542602	Dependiente	CERRADO
ROADING S A S	91542602	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.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 05/03/2024, el empleador GEOTECNIA Y CONSTRUCCION S.A.S identificado con NIT número 900494267 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6883375	05/03/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	91160280	GIOVANNY GELVES VARGAS	1300000	OBRERO DE CONSTRUCCION	2024-03-05

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes de Marzo del año 2024.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-006 - 0000000100 - 2024

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 5796194
NOMBRES Y APELLIDOS	Uribe Rodríguez Aquileo
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	01/02/2022
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Uribe Rodríguez Aquileo, a los 06 días del mes de marzo del año 2024.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4011924559	0|6|0|3|2|0|2|4

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

1.tipo de tramite	2.Tipo afiliacion		3.Regimen
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒	B. Colectiva ☐	A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Institucional ☐ B. De oficio ☐	A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Codigo (a registrar por la EPS)
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐	A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	1

A. AFILIACIÓN

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

6.Apellidos y nombres			
VALBUENA (Primer apellido)	HERNANDEZ (Segundo apellido)	DARIO (Primer nombre)	(Segundo nombre)
7.Tipo documento de Identidad	**8.Número del documento de Identidad**	**9.Sexo**	**10.Fecha de nacimiento**
CC	1099940113	Femenino ☐ Masculino ☒	0|6|0|5|1|9|8|7

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11.Etnia	12.Discapacidad	13.Puntaje SISBEN	14.Grupo de poblacion especial
6	Tipo F N M — Condicion T P		

15. Administradora de riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotizacion - IBC
	PORVENIR FPC	1600000

18.Residencia			
CR 4 6 18 TONA SANTANDER — Dirección	Telefono fijo	3212495141 — Telefono celular	VALBUENA4567@GMAIL.COM — Correo electronico
BUCARAMANGA — Municipio/Distrito	zona: Urbana ☒ Rural ☐	Localidad / comuna	SANTANDER — Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO 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 documento Identidad**	**22. Sexo**	**23. Fecha de nacimiento**
		Femenino ☐ Masculino ☐	

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

24. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo documento de identidad	26. Número de Identidad	27.Sexo		28.Fecha de nacimiento
			Femenino	Masculino	
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29.Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

32. Datos de residencia

	Municipio/Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono Fijo y/o celular	33.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

Seleccion de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	ALIANZA DIAGNOSTICA CALLE 50 - ALIANZA DIAGNOSTICA CABECERA CP	ALIANZA50 - ALIANZACAB
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

35. Nombre o razón social	36. Tipo de identificación	37. Numero de docuemnto de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
INGETRADE INGENIERIA &NEGOCIOS S A S	NIT	901506157	01

39.Ubicación				
CL 9 5 55 LC 108 — Dirección	6578999 — Teleéfono	GERENCIA.INGETRADE@GMAIL.COM — Correo electrónico	PAMPLONA — Municipio/distrito	NTE.SANTANDER — Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Corrección datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ 5. Terminación de la Inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ 6. Reinscripción en la EPS
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las 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 tramite de protección al cesante
- ☐ 17. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ 18. Reporte de la calidad del pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de la Identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42.Fecha
		Femenino ☐ Masculino ☐		0|7|0|3|2|0|2|4

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 Contributvo,Especial o de Excepción.
- 48. ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de 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 Salud .
- 50. ☒ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir 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 Decr eto 1377 de 2013
- 53. ☒ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto

VIII. FIRMAS

54. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

IX.ANEXOS

- ☐ 56.Anexo Copia del documento de Identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ Cantidad: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Total: 0
- ☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 58. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ 60. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ 61.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ 62.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los 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 consiste 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 Código del municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación

70. Datos 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 la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 06/03/2024, el empleador ECOLVIAS & GEOINGENIERIA SAS identificado con NIT número 901103185 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6890704	06/03/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	91518195	PEDROALEXANDER SIERRA CAMACHO	1563043	AYUDANTE DE OBRA	2024-03-07

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 6 días del mes de Marzo del año 2024.

Cordialmente,



GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	PT-1220783
Nombres:	OSMER JOSE
Apellidos:	GARCIA SALAZAR
No. de Carnet:	F463A4770209A18EF6E9E3AE1A3EF761
Tipo de afiliado:	COTIZANTE
Fecha de afiliación:	2022-02-20
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
IPS:	
Departamento - Municipio:	SANTANDER-BUCARAMANGA
Categoria:	A

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el jueves, 07 de marzo de 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el domingo, 07 de abril de 2024

CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

CERTIFICADO DE RADICACIÓN DE AFILIACIÓN Y/O NOVEDAD

COOSALUD EPS SA certifica que el día 06/03/2024, se radicó solicitud de trámite de afiliación y/o novedad ante esta EPS, relacionando los siguientes datos en el formulario adjunto:

• No. RADICADO:	AFI-00021684
• RÉGIMEN:	Contributivo
• TIPO DE TRÁMITE:	Movilidad al régimen contributivo
• FECHA DE INICIO DE RELACIÓN LABORAL:	2024-03-07
• TD AFILIADO:	CC
• NÚMERO DOCUMENTO AFILIADO:	1007308316
• TD EMPLEADOR:	NI
• NÚMERO DOCUMENTO EMPLEADOR:	901103185
• FONDO DE PENSIÓN:	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES
• IBC:	$1.454.348,00
• No. ADJUNTOS:	2

OBSERVACIONES:

1. Hasta tanto entre en operación el Sistema de Afiliación Transaccional, la afiliación y reporte de las novedades se realizará en el formulario físico que adopte el Ministerio de Salud y Protección Social directamente a las EPS, y éstas las reportarán a la Base de Datos de Afiliados del Sistema conforme a la normativa vigente. Decreto 780/2016.
2. El trámite y gestión del caso radicado se realizará dentro de los 3 días hábiles posteriores a la fecha de expedición del presente documento. La respuesta será enviada al correo electrónico registrado en la plataforma de autogestión de empleadores.
3. Documento NO válido para prestación de servicios médicos y/o trámite de traslados entre EPS.

Cualquier inquietud con la información aquí contenida, puede comunicarse a través de las líneas 018000 515 611 ó #922.

La presente se expide a solicitud del interesado en Cartagena, a los 6 días del mes de Marzo de 2024.
Cordialmente,

CARLOS TORRES SALAZAR
Subdirector Nacional de Aseguramiento
COOSALUD EPS SA