C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA	ASIGNACIÓN	DATOS		
Día 20	☑ Individual	Colaborador Carlos Andres Vargas Galeano	Identificación 79917980 Cargo Inspector de Obra	A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.
Mes 1	☐ Compartida	Área/Proyecto TMSA -BRT 2024	Gerente Javier Amórtegui	
Año 2025				

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Equipo Celular		Samsung	Nuevo S/N: R92XB07S0ZV IMEI 1: 351641241474341	
1	Flexometro x5m			Nuevo	
1	Multimetro 7 funciones			Nuevo	
1	Lentes de seguridad			Nuevo	
2	Guantes Poliester			Nuevo	
1	Botas de seguridad			Nuevo Talla: 40	
2	Chalecos Multiusos			Nuevo Talla: M	
2	Chaquetas			Nuevo Talla: S	

Firma de quién recibe: Andres Vargas C.

C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA	ASIGNACIÓN	DATOS		
Día 20	☑ Individual	Colaborador Angie Paola Rodríguez Alvarado	Identificación 1007157008	A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.
Mes 1	☐ Compartida	Área/Proyecto TMSA -BRT 2024	Cargo Inspector Obra	
Año 2025			Gerente Javier Amórtegui	

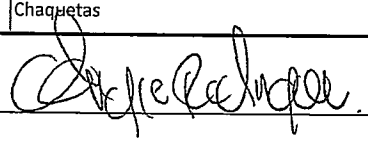
RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Equipo Celular		Samsung	Nuevo S/N: R92XB07S0NZ IMEI 1: 351641241474242	
1	Flexometro x5m			Nuevo	
1	Multimetro 7 funciones			Nuevo	
1	Lentes de seguridad			Nuevo	
1	Guantes Poliester			Nuevo	
1	Botas de seguridad			Nuevo Talla: 36	
2	Chalecos Multiusos			Nuevo Talla: S	
2	Chaquetas			Nuevo Talla: S	

Firma de quién recibe: 

C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA		ASIGNACIÓN	DATOS		
Día	20	☑ Individual	Colaborador: Juan Fernando Medina Moreno	Identificación: 1010162661	A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.
Mes	1	☐ Compartida	Área/Proyecto: TMSA -BRT 2024	Cargo: Residente de Interventoría	
Año	2025			Gerente: Javier Amórtegui	

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Equipo Celular		Samsung	Nuevo S/N:R92XB07S00J IMEI 1: 351641241474028	
1	Cinta metrica X30			Nuevo	
1	Lentes de seguridad			Nuevo	
1	Guantes Poliester			Nuevo	
1	Botas de seguridad			Nuevo Talla: 39	
2	Chalecos Multiusos			Nuevo Talla: S	
2	Chaquetas			Nuevo Talla: S	

Firma de quién recibe:

C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA		ASIGNACIÓN	DATOS		
Día	20	☑ Individual	Colaborador: Diana Marcela Tafur Lopez	Identificación: 1075246611	A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.
Mes	1	☐ Compartida	Área/Proyecto: TMSA -BRT 2024	Cargo: Ingeniero de Calidad y Seguridad en el Trabajo	
Año	2025			Gerente: Javier Amórtegui	

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Botas de seguridad			Nuevo Talla: 37	
2	Chalecos Multiusos			Nuevo Talla: S	
2	Chaquetas			Nuevo Talla: S	

Firma de quién recibe:

C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA		ASIGNACIÓN	DATOS		
Día	20		Colaborador Liliana Andrea Antury Torres	Identificación 1075236687	A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.
Mes	1		Área/Proyecto TMSA -BRT 2024	Cargo Ingeniero Ambiental	
Año	2025			Gerente Javier Amórtegui	

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

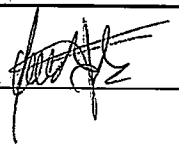
1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Botas de seguridad			Nuevo Talla: 37	
2	Chalecos Multiusos			Nuevo Talla: S	
2	Chaquetas			Nuevo Talla: S	

Firma de quién recibe:



C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA	ASIGNACIÓN	DATOS		
Día 20	☑ Individual	Colaborador Ana Mercedes Barón Lombana	Identificación 52384958	A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.
Mes 1	☐ Compartida	Área/Proyecto TMSA -BRT 2024	Cargo Inspector Ambiental	
Año 2025			Gerente Javier Amórtegui	

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Equipo Celular		Samsung	Nuevo S/N: R92XB07RYMB IMEI 1: 351641241473574	
1	Decibelímetro			Nuevo	
1	Botas de seguridad			Nuevo Talla: 37	
2	Chalecos Multiusos			Nuevo Talla: S	
2	Chaquetas			Nuevo Talla: S	

Firma de quién recibe:

C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA	ASIGNACIÓN	DATOS		
Día 20	☑ Individual	Colaborador: Iván Darío Becerra García	Identificación: 1016022741	A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.
Mes 1	☐ Compartida	Área/Proyecto: TMSA -BRT 2024	Cargo: Ingeniero de Programación y Seguimiento	
Año 2025			Gerente: Javier Amórtegui	

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al Jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Equipo Celular		Samsung	Nuevo S/N: R92XB07RZPF IMEI 1: 351641241473921	

Firma de quién recibe: Iván Becerra G.

C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA	ASIGNACIÓN	DATOS		
Día 20	☑ Individual	Colaborador José Maximino Beltrán Garzón	Identificación 79381306	A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.
Mes 1	☐ Compartida	Área/Proyecto TMSA -BRT 2024	Cargo Director de Interventoría	
Año 2025			Gerente Javier Amórtegui	

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Equipo Celular		Samsung	Nuevo S/N: R92XB07RXA17 IMEI 1: 351641241473137	
1	Botas de seguridad			Nuevo Talla: 41	
2	Chalecos Multiusos			Nuevo Talla: L	
2	Chaquetas			Nuevo Talla: S	

Firma de quién recibe:

C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA		ASIGNACIÓN	DATOS		
Día	20	☑ Individual	Colaborador	Celso Fonseca Gámez	Identificación 80158052
Mes	1	☐ Compartida	Área/Proyecto	TMSA -BRT 2024	Cargo Inspector de Obra
Año	2025				Gerente Javier Amórtegui

A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Equipo Celular		Samsung	Nuevo S/N: R92XB07S01Y IMEI 1: 351641241474036	
1	Flexometro x5m			Nuevo	
1	Multimetro 7 funciones			Nuevo	
1	Lentes de seguridad			Nuevo	
1	Guantes Poliester			Nuevo	
1	Botas de seguridad			Nuevo Talla: 41	
2	Chalecos Multiusos			Nuevo Talla: L	
2	Chaquetas			Nuevo Talla: L	

Firma de quién recibe:

C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA		ASIGNACIÓN	DATOS		
Día	20	☑ Individual	Colaborador: Juan David Rocha Monsalva	Identificación: 80762633	A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.
Mes	1	☐ Compartida	Área/Proyecto: TMSA -BRT 2024	Cargo: Residente de Interventoría	
Año	2025			Gerente: Javier Amórtegui	

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Equipo Celular		Samsung	Nuevo S/N: R92XB07S024 IMEI 1: 351641241474044	
1	Equipo portatil medición espesor de pintura			Nuevo	
1	Pie de rey			Nuevo	
1	Cinta metrica X30			Nuevo	
1	Lentes de seguridad			Nuevo	
1	Guantes Poliester			Nuevo	
1	Botas de seguridad			Nuevo Talla: 39	
2	Chalecos Multiusos			Nuevo Talla: XL	
2	Chaquetas			Nuevo Talla: XL	

Firma de quién recibe:

C&M CONSULTORES	Gestión de Recursos	6RSST02
	Acta de entrega de bienes, dotación y/o EPP	Versión: 01

FECHA DE ENTREGA	ASIGNACIÓN	DATOS		
Día 20	☑ Individual	Colaborador: Jose Derly Ospina Rodriguez	Identificación: 80055119	A partir de la fecha registrada se hace entrega de la dotación relacionados en esta Acta, y de conformidad se firma por quienes en ella han intervenido.
Mes 1	☐ Compartida	Área/Proyecto: TMSA -BRT 2024	Cargo: Inspector de Obra	
Año 2025			Gerente: Javier Amórtegui	

RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL

1. Los equipos son y serán de la compañía en todo momento, y son asignados exclusivamente para el cumplimiento de las obligaciones derivadas de la ejecución del contrato suscrito con la compañía.
2. Deberá seguir las recomendaciones para el uso de los equipos o servicios asignados.
3. En caso de terminación de contrato o las actividades que lo soportan se compromete a realizar la devolución de forma inmediata, con los elementos o accesorios que se suministraron y en buen estado de funcionamiento.
4. Deberá hacer la devolución inmediata en el caso en que la compañía así lo solicite.
5. Autoriza expresamente a la compañía mediante este documento a descontar de sus honorarios/salario, el valor de los equipos en caso de daño, pérdida o no devolución.
6. En caso de equipos alquilados, el contratista autoriza a la compañía al cargue de lo montos que se generen bajo este concepto, en razón de la no devolución oportuna bajo su responsabilidad de conformidad con los numerales 3 y 4.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al jefe inmediato.

RESPONSABILIDAD DE ÁREA/PROYECTO

1. Manejo adecuado de los equipos hasta su asignación al interior del proyecto.
2. Asignación de los equipos de acuerdo a las directrices de la Gerencia del Proyecto manteniendo actualizado el inventario interno para control de los mismos.
3. Hacer la entrega de los equipos mediante acta firmada en el formato establecido por el área logística.
4. Quien recibe se hace responsable del manejo adecuado del(los) equipo(s) hasta la asignación al interior del proyecto, y la comunicación al área logística de dicha asignación.
5. Adelantar las gestionar necesarias para la devolución con quien tenga los equipos asignados al interior del proyecto y realizar la primer verificación de completitud y estado.
6. Hacer la devolución en el momento que la compañía lo solicite o al cierre del proyecto, lo que ocurra primero.
7. Reportar de forma oportuna cualquier incidente que se presente con los equipos asignados por la compañía, detallando las condiciones y remitiendo los soportes del caso al área logística y jurídica para el análisis de responsabilidades.

Cant.	Descripción Elemento	Proveedor	Marca	Información Complementaria	Valor
1	Equipo Celular		Samsung	Nuevo S/N: R92XB07RZJY IMEI 1: 351641241473871	
1	Flexometro x5m			Nuevo	
1	Multimetro 7 funciones			Nuevo	
1	Lentes de seguridad			Nuevo	
1	Guantes Poliester			Nuevo	
1	Botas de seguridad			Nuevo Talla: 39	
2	Chalecos Multiusos			Nuevo Talla: S	
2	Chaquetas			Nuevo Talla: S	

Firma de quién recibe: Jose D. Ospina

ID	Hora de inicio	Hora de finalización	Nombre2	Cédula	Fecha de la capacitación.	Nombre de la entidad capacitadora.	Nombre del capacitador
373	2/21/25 9:12:39	2/21/25 9:14:19	Liliana Andrea Antury Torres	1075236687	2/21/2025	Arl	Madeleine cespedes
374	2/21/25 9:13:47	2/21/25 9:15:18	Juan Fernando Medina Moreno	1010162661	2/21/2025	ARL Sura	Madelein Cespedes
375	2/21/25 9:12:43	2/21/25 9:16:06	Angie Paola Rodríguez Alvarado	1007157008	2/21/2025	SURA	Madeleine Cespedes
376	2/21/25 9:12:55	2/21/25 9:17:33	José Beltrán Garzón	79381306	2/21/2025	Sura	Madeleine Cespedes
377	2/21/25 9:15:00	2/21/25 9:18:57	CELSO FONSECA GAMEZ	80158052	2/21/2025	Sura	Madeleine Céspedes
378	2/21/25 9:13:58	2/21/25 9:19:33	Ana Mercedes Barón L	52384958	2/21/2025	ARL	MARILYN CESPEDES
379	2/21/25 9:12:57	2/21/25 9:24:39	José Derly Ospina	80055119	2/21/2025	Sura	Madelein céspedes
380	2/21/25 10:08:10	2/21/25 10:49:06	Diana Marcela Tafur López	1075246611	2/21/2025	Arl Sura	Madeley Céspedes

Nombre de la capacitación.	Los objetivos establecidos del curso concordaron con los temas tratados.	Se cubrieron los temas propuestos.	Los materiales de apoyo fueron los apropiados	La metodología de las actividades fue dinámica.
Manejo de extintores	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Manejo extintores	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Uso y manejo de extintores	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Uso y manejo de extintores	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Extintores	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Manejo y uso de extintores	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Manejo y uso de extintores	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Medianamente de acuerdc	Totalmente de acuerdo
Uso y Manejo de extintores	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Lo aprendido es aplicable al trabajo	Mi participación en el curso fue activa	Tuve interés por aprender	Estuve comprometido(a) con el estudio de los contenidos.	Aprendí nuevas habilidades, destrezas, conceptos, estrategias y metodologías	Realicé las sesiones y actividades en los tiempos asignados
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Se cumplieron las fechas de actividades programadas	La duración del curso fue apropiada	El evento fue divulgado con anticipación	En términos generales, la capacitación cumplió con su meta	Cuéntanos sobre 3 cosas nuevas aprendidas en la capacitación
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Actualización normativa
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Colores y denominación de los extintores
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	1. Tipos de extintores 2. Figuras geométricas representadas en extintores 3. Partes del extintor
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Que se debe verificar la prueba hidrostatica. Tipos de extintores, colores y usos Las partes del extintores 16
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Tipos de fuego Tipos de extintores Partes de los extintores
Totalmente de acuerdo	Medianamente de acuer	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	extintores y tipos
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	extintores Tipos de extintores Tipos de fuegos
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Partes del extintor, las 5 clases de fuego, para que sirven los diferentes tipos de extintores


21/02/2025 8:45:23
+4,6136N -74,0919W
12b-5 Carrera 29
Los Mártires
Bogotá
Ricaurte


21/02/2025 8:45:28
+4,6136N -74,0920W
12b-5 Carrera 29
Los Mártires
Bogotá
Google
17-7170
POLIC


21/02/2025 8:45:26
+4,6136N -74,0920W
12b-5 Carrera 29
Los Mártires
Bogotá
Google
17-7170

ID	Hora de inicio	Hora de finalización	Nombre2	Cédula	Fecha de la capacitación.	Nombre de la entidad capacitadora.
381	2/27/25 14:56:30	2/27/25 14:59:34	Angie Paola Rodríguez Alvarado	1007157008	2/27/2025	Diana Tafur
382	2/27/25 14:56:16	2/27/25 14:59:49	Carlos andres vargas galeano	79917980	2/27/2025	Cym
383	2/27/25 14:58:55	2/27/25 15:03:04	Juan Fernando Medina Moreno	1010162661	2/27/2025	Diana Tafur
384	2/27/25 14:55:26	2/27/25 15:03:27	German Leonardo mikan Gil	79863501	2/27/2025	Diana Tafur
385	2/27/25 14:55:34	2/27/25 15:05:39	CELSO FONSECA GAMEZ	80158052	2/27/2025	Diana Marcela tafor
386	2/27/25 15:03:03	2/27/25 15:06:54	Ivan Becerra Garcia	1016022741	2/27/2025	Diana Marcela Tafur
387	2/27/25 14:55:36	2/27/25 15:13:59	Ana Mercedes Barón Lombana	52384958	2/27/2025	C&M Consultores
388	2/27/25 14:56:39	2/27/25 15:20:47	José Derly Ospina	80055119	2/27/2025	C&M Consultores
389	2/27/25 16:11:05	2/27/25 16:12:21	liliana andrea antury	1075236687	2/27/2025	Profesional sst

Nombre del capacitador	Nombre de la capacitación.	Los objetivos establecidos del curso concordaron con los temas tratados.	Se cubrieron los temas propuestos.	Los materiales de apoyo fueron los apropiados	La metodología de las actividades fue dinámica.
Diana Tafur	Accidentes de trabajo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Diana Marcela Tafur	Accidente de trabajo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Diana Tafur	Riesgos Laborales	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Diana Baron	Reportes de accidentes de trábajo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Diana Marcela tafour	Reportes de accidentes laborales	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Diana Marcela Tafur	Que es un accidente de trabajo?	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Diana Marcela tafur	Accidente de trabajo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Diana Marcela Tafur	Accidente de trabajo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Diana tafur	accidente de trabajo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Lo aprendido es aplicable al trabajo	Mi participación en el curso fue activa	Tuve interés por aprender	Estuve comprometido(a) con el estudio de los contenidos.	Aprendí nuevas habilidades, destrezas, conceptos, estrategias y metodologías	Realicé las sesiones y actividades en los tiempos asignados
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Se cumplieron las fechas de actividades programadas	La duración del curso fue apropiada	El evento fue divulgado con anticipación	En términos generales, la capacitación cumplió con su meta	Cuéntanos sobre 3 cosas nuevas aprendidas en la capacitación
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Que es un accidente de trabajo Cuando se considera accidente de trabajo Cuando no se considera accidente de trabajo
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Reportar el accidente laboral en el tiempo estipulado. Comunicarse con la arl sura
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Línea de atención para accidentes, conducto regular para reportar los accidentes y que no es un accidente laboral.
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	El protocolo adecuado para reportar un accidente de trabajo Los medios de comunicación a cuáles acudir
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Cuando cubre la ARL los accidentes Los lugares que tienen cobertura la ARL Los tiempos en que se deben informar los accidentes
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	1.Que se cataloga accidente de trabajo 2. Que no se cataloga como accidente de trabajo 3. Puntos de atención de la ARL
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Como y a quien reportar un accidente, cuanto tiempo tengo, para reportarlos y si el transporte suministrado por la empresa es accidente
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Que hay 48 horas para reportar un accidente de trabajo. Que en el desplazamiento hacia el lugar de trabajo si el contratante no suministra el transporte cualquier accidente que ocurra No es accidente de trabajo. La ARL que tenemos es Sura
Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo	concepto sobre accidentalidad y cuando no es accidente


27/02/2025 15:27:55
+4,6822N -74,0468W
98-70 Carrera 13
Chapinero
Bogotá
CHICÓ NORTE
EL CHICÓ
Avenida 10
Google


27/02/2025 15:26:00
+4,6822N -74,0468W
98-70 Carrera 13
Chapinero
Bogotá
CHICÓ NORTE
EL CHICÓ
Avenida 10
Google


27/02/2025 15:26:03
+4,6822N -74,0468W
98-70 Carrera 13
Chapinero
Bogotá
CHICÓ NORTE
EL CHICÓ
Avenida 10
Google

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79381306	JOSE MAXIMINO BELTRAN GARZON	Cra 7 No. 3-87 Int1 Briceño Sopó - Cundinamarca	3152231536	beltrangjm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOPÓ	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
83632816	28/01/2025				1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	N	19/02/2025	84258286	$26.500	

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					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	10.500	0		0		0	15	200	0	10.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	13.400	0	0	0	0	15	200	0	13.600	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	2.100				2.100	15	100	2.200			21	2.200	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	15	0	0	0
ICBF				
0	15	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	10.500	10.700
Pensión	1	13.400	13.600
Riesgos Laborales	1	2.100	2.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	26.000	26.500

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79381306	JOSE MAXIMINO BELTRAN GARZON	Cra 7 No. 3-87 Int1 Briceño Sopó -	3152231536	beltrangjm@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	SOPÓ	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
83632816	28/01/2025	N	19/02/2025	84258286	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01				$26.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79381306	BELTRAN GARZON JOSE MAXIMINO	59	0			N	X																25-14	2.077.420	332.400	0	0	0	0	EPS010	2.077.420	259.700	14-11	2.077.420	3	50.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **JOSE MAXIMINO BELTRAN GARZON**, identificada con **CC** número **79381306**, aportó por **JOSE MAXIMINO BELTRAN GARZON** identificado(a) con **CC** número **79381306** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	X														0		13	$1,993,334	0.16000	$319,000	$0	$0	Enero - 2025	83632816	28/01/2025	NO
14-11	ARL SURA	59	X														0		13	$1,993,334	0.02436	$48,600	$0	$0	Enero - 2025	83632816	28/01/2025	NO
EPS010	EPS Sura	59	X														0		13	$1,993,334	0.12500	$249,200	$0	$0	Enero - 2025	83632816	28/01/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **28** días del mes **Enero**de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **C M CONSULTORES SAS**, identificada con **NI** número **830061474**, aportó por **Ana Mercedes BARON Lombana** identificado(a) con **CC** número **52384958** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1	X														0		13	$1,308,667	0.02436	$31,900	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
231001	Colfondos	1	X														0		13	$1,308,667	0.16000	$209,400	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$1,308,667	0.04000	$52,400	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
EPS008	Compensar EPS	1	X														0		13	$1,308,667	0.04000	$52,400	$0	$0	Febrero - 2025	83670603	06/02/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Marzo**de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **C M CONSULTORES SAS**, identificada con **NI** número **830061474**, aportó por **German Leonardo Mikan Gil** identificado(a) con **CC** número **79863501** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1	X														0		13	$936,000	0.00522	$4,900	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$936,000	0.04000	$37,500	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
230301	Porvenir	1	X														0		13	$936,000	0.16000	$149,800	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1	X														0		13	$936,000	0.04000	$37,500	$0	$0	Febrero - 2025	83670603	06/02/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Marzo**de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **C M CONSULTORES SAS**, identificada con **NI** número **830061474**, aportó por **Carlos Andres Vargas Galeano** identificado(a) con **CC** número **79917980** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1	X														0		13	$866,667	0.16000	$138,700	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
14-11	ARL SURA	1	X														0		13	$866,667	0.02436	$21,200	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$866,667	0.04000	$34,700	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
EPS002	Salud Total EPS	1	X														0		13	$866,667	0.04000	$34,700	$0	$0	Febrero - 2025	83670603	06/02/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Marzo**de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **C M CONSULTORES SAS**, identificada con **NI** número **830061474**, aportó por **Jose Derly Ospina Rodriguez** identificado(a) con **CC** número **80055119** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1	X														0		13	$866,667	0.16000	$138,700	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
14-11	ARL SURA	1	X														0		13	$866,667	0.02436	$21,200	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$866,667	0.04000	$34,700	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
EPS008	Compensar EPS	1	X														0		13	$866,667	0.04000	$34,700	$0	$0	Febrero - 2025	83670603	06/02/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Marzo**de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **C M CONSULTORES SAS**, identificada con **NI** número **830061474**, aportó por **Angie Paola Rodriguez Alvarado** identificado(a) con **CC** número **1007157008** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1	X														0		13	$866,667	0.02436	$21,200	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$866,667	0.04000	$34,700	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
230301	Porvenir	1	X														0		13	$866,667	0.16000	$138,700	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1	X														0		13	$866,667	0.04000	$34,700	$0	$0	Febrero - 2025	83670603	06/02/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Marzo** de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **C M CONSULTORES SAS**, identificada con **NI** número **830061474**, aportó por **Juan Fernando Medina Moreno** identificado(a) con **CC** número **1010162661** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1	X														0		13	$2,114,667	0.02436	$51,600	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$2,114,667	0.04000	$84,600	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	X														0		13	$2,114,667	0.04000	$84,600	$0	$0	Febrero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
230301	Porvenir	1	X														0		13	$2,114,667	0.16000	$338,400	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Marzo**de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **C M CONSULTORES SAS**, identificada con **NI** número **830061474**, aportó por **IVAN Dario Becerra Garcia** identificado(a) con **CC** número **1016022741** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1	X														0		13	$1,924,000	0.00522	$10,100	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
231001	Colfondos	1	X														0		13	$1,924,000	0.16000	$307,900	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$1,924,000	0.04000	$77,000	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1	X														0		13	$1,924,000	0.04000	$77,000	$0	$0	Febrero - 2025	83670603	06/02/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Marzo**de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **C M CONSULTORES SAS**, identificada con **NI** número **830061474**, aportó por **Celso Fonseca Gamez** identificado(a) con **CC** número **80158052** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1	X														0		13	$866,667	0.02436	$21,200	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$866,667	0.04000	$34,700	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
230301	Porvenir	1	X														0		13	$866,667	0.16000	$138,700	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
EPS002	Salud Total EPS	1	X														0		13	$866,667	0.04000	$34,700	$0	$0	Febrero - 2025	83670603	06/02/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Marzo**de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **C M CONSULTORES SAS**, identificada con **NI** número **830061474**, aportó por **Juan David Rocha MONSALVE** identificado(a) con **CC** número **80762633** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1	X														0		13	$2,114,667	0.02436	$51,600	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$2,114,667	0.04000	$84,600	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
EPS017	Famisanar EPS Cafam Colsubsidio	1	X														0		13	$2,114,667	0.04000	$84,600	$0	$0	Febrero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
230901	Skandia Fondo de Pensiones Obligatorias	1	X														0		13	$2,114,667	0.16000	$338,400	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Marzo**de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **C M CONSULTORES SAS**, identificada con **NI** número **830061474**, aportó por **Diana Marcela Tafur Lopez** identificado(a) con **CC** número **1075246611** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 01 - 2025 y 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	1	X														0		13	$1,924,000	0.00522	$10,100	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
231001	Colfondos	1	X														0		13	$1,924,000	0.16000	$307,900	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1	X														0		13	$1,924,000	0.04000	$77,000	$0	$0	Enero - 2025	83670603	06/02/2025	Si
EPS005	Sanitas EPS	1	X														0		13	$1,924,000	0.04000	$77,000	$0	$0	Febrero - 2025	83670603	06/02/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **5** días del mes **Marzo**de **2025**

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **TRANSPORTE MARTINEZ VIP SAS**, identificada con **NI** número **900815941**, aportó por **FERNANDO JAVIER MARTINEZ TORRES** identificado(a) con **CC** número **80228876** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para los periodos de pensión comprendidos entre 12 - 2024 y 01 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	1															0		Diciembre - 2024	83467323	20/01/2025	Si
14-11	ARL SURA	1															0		Diciembre - 2024	83467323	20/01/2025	Si
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	1															0		Diciembre - 2024	83467323	20/01/2025	Si
EPS008	Compensar EPS	1															0		Enero - 2025	83467323	20/01/2025	Si

PAGADA

El presente certificado se expide a los **6** días del mes **Febrero** de **2025**

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

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075236687		ANTURY TORRES LILIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 85 l 73 b 42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3163390252	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1272818215	9481744370	I	2025/02/20	2025/02/17	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$458,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,481,290	$237,100			$1,481,290	$185,200			$0	$0			$1,481,290	$36,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,481,290	$237,100			$1,481,290	$185,200			$0	$0			$1,481,290	$36,100		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,481,290	$237,100			$1,481,290	$185,200			$0	$0			$1,481,290	$36,100		$0	$0
1	CC	1075236687	ANTURY LILIANA	230301	30	$1,481,290	$237,100	EPS008	30	$1,481,290	$185,200		0	$0	$0	14-4	30	$1,481,290	$36,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,481,290	$237,100			$1,481,290	$185,200			$0	$0			$1,481,290	$36,100		$0	$0

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1075236687		ANTURY TORRES LILIANA ANDREA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 85 l 73 b 42	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3163390252	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1272818215	9481744370	I	2025/02/20	2025/02/17	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$458,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,100	$0	$0	$237,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$237,100	$0	$0	$237,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,100	$0	$0	$36,100
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$36,100	$0	$0	$36,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,200	$0	$0	$185,200
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$185,200	$0	$0	$185,200
TOTAL				1	$458,400	$0	$0	$458,400

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2025-01-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	C & M Consultores S.A.S	Actividad económica:	Actividades de consultaría de gestión
Nombre:	ANGIE PAOLA RODRIGUEZ ALVARADO	Documento:	CC 1007157008
Fecha de nacimiento:	1996-08-07	Lugar de nacimiento:	SOACHA (CUNDINAMARCA)
Edad:	28 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	DG 3 A 14 - 40	Municipio:	SOACHA
Teléfono:	3177836368	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	INSPECTOR DE OBRA PARA INTERVENTORIA	EPS:	Sanitas
Responsable**:	YESID RODRIGUEZ (PAPA)	Teléfono:	3212429481
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Optometría:
Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual
Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ANGIE PAOLA RODRIGUEZ ALVARADO con documento de identificación No. 1007157008 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de INSPECTOR DE OBRA PARA INTERVENTORIA del sector económico Actividades de consultaría de gestión

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

MARIA JOSE TRIBIN JIMENEZ
Médico
Fundación Universitaria Sanitas
Res. 1395 de 2015
Esp.en Salud Ocupacional y riesgos laborales
U. Manuela Beltrán
Res.25-413 de 2016

Firma para identificación de usuario Indice der
ANGIE PAOLA RODRIGUEZ ALVARADO
Documento: 1007157008

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Calle 38 #15 - 53 Cerca a la estación Transmilenio Avenida 39. Bogotá - Colombia **PBX: (601) 745 42 88**
www.colmedicos.com info@colmedicos.com

Impreso por:
Fecha: 2025-01-27 Hora: 09:12

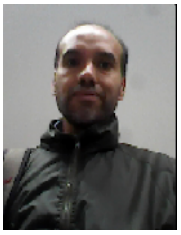
COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA
NIT: 800049104-1

RESULTADOS

FECHA: 2025-02-21 **HORA:** 11:43:48

79917980

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS



NOMBRE:	CARLOS ANDRES VARGAS GALEANO	**DOCUMENTO:**	79917980	**EDAD:**	44.98 Años
DIRECCIÓN:	CRA 99 A 128 45 BOGOTA	**TELÉFONO:**	3124626271	**F.Nacimiento:**	1980-02-29
EMPRESA:	C & M Consultores S.A.S			**GENERO:**	M

CERTIFICACIÓN DE TAREA

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS

ANALISIS: La certificación de las condiciones de salud para realizar trabajos en alturas y espacios confinados, está reglamentada por las Resoluciones 2346 de 2007 y 4272 de 2021, Resolución 0491 de 2020, modificada por la Resolución 2605 del 2021, del Ministerio de Trabajo y en el Sistema para la Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la Empresa, donde se establece que todo trabajador que vaya a realizar es tipo de tareas se debe realizar un Examen Médico Ocupacional para certificar la conformidad con los requisitos establecidos.

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: **APTO**

OBSERVACIONES:

CONSIDERACIONES PARA LA EXPEDICIÓN DEL CONCEPTO DE APTITUD PARA REALIZAR TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS: Este tipo de trabajos está considerado como de alto riesgo para la seguridad y vida de los trabajadores que lo realizan, por el alto riesgo de accidente, por lo que la evaluación médica se debe ceñir a lo establecido en las Resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 de los Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social y al Protocolo Médico definido por Colmédicos para este tipo de evaluaciones. Esta certificación establece que las condiciones de salud del trabajador son adecuadas, con relación a las exigencias psicofísicas de la tarea.

Para su realización se tuvo en cuenta:

1. Las respuestas dadas en el cuestionario de declaratoria de estado de salud, la cual fue revisada y ampliada por el Médico evaluador para descartar patologías de alto riesgo, tal como es la epilepsia, el asma y la hiperreactividad de vías respiratorias.

2. La Audiometría, para valorar el estado de salud auditiva y establecer la capacidad auditiva para escuchar órdenes y advertencias.

3. Valoración de la función visual para minimizar el riesgo de accidentes.

4. Lo resultados de los exámenes de Laboratorio Clínico, para descartar patologías medicas, que se puedan agravar por las condiciones de trabajo.

5. La Espirometría clínica, según criterios de la Sociedad Americana del Tórax ATS, que permite evaluar la función ventilatoria pulmonar.

6. Valoración psicológica para realizar trabajos en espacios confinados, que exploro la presencia de claustrofobia.

7. Las demás pruebas complementarias realizadas, para perfilar su condición de salud, con relación a los riesgos de la ocupación.

8. Un completo examen médico, que incluye un énfasis osteomuscular para descartar alteraciones de los arcos de movimiento articular, la fuerza o patologías que limiten su capacidad física, el estado del sistema respiratorio y un exhaustivo examen del equilibrio, el cual incluye pruebas clínicas de equilibrio dinámico y estático.

Se certifica entonces la conformidad del cumplimiento de los requisitos establecidos para poder desempeñar la tarea sin riesgo para su salud ni la de terceros. Los resultados de las pruebas clínicas y de Laboratorio Clínico realizadas, están consignadas en la Historia Clínica Ocupacional y el trabajador evaluado ha sido informado de los resultados de esta evaluación y de cualquier condición que requiera un plan de manejo.

Se certifica entonces la conformidad del cumplimiento de los requisitos establecidos para poder desempeñar la tarea sin riesgo para su salud ni la de terceros.



Responsable: WILSON ALFREDO MARTINEZ AMEZQUITA
Medico
U. San Martin
Resolución 50-9897 de 08/07/2009
Especialista Gerencia en sst
U. Areandina
Resolución 20926 de 24/12/2024



Firma para identificación de usuario
CARLOS ANDRES VARGAS GALEANO

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2025-02-21

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	C & M Consultores S.A.S	Actividad económica:	Actividades de consultaría de gestión
Nombre:	CARLOS ANDRES VARGAS GALEANO	Documento:	CC 79917980
Fecha de nacimiento:	1980-02-29	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	45 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CRA 99 A 128 45	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3124626271	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	Inspector de Obra	EPS:	Salud Total
Responsable**:	ANIBAL VARGAS (PADRE)	Teléfono:	3114578406
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO APLICA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a CARLOS ANDRES VARGAS GALEANO con documento de identificación No. 79917980 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de Inspector de Obra del sector económico Actividades de consultaría de gestión

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

No se generan recomendaciones médicas

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

Espirometria realizada 17/02/2025 concepto: Espirometria de esfuerzo dentro de parametros normales.

RESULTADO DE EXAMENES DE LABORATORIO CLÍNICO PARA EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA OCUPACIONAL: Los exámenes de Laboratorio Clínico realizados presentaron los siguientes resultados: - Hemoleucograma: Dentro de valores límites normales; - Glucosa en suero: Dentro de valores límites normales; - Trigliceridos: alterado; - Colesterol total: alterado; - Colesterol de alta densidad (HDL): Dentro de valores límites normales; - Colesterol de baja densidad (LDL): alterado; - Colesterol de muy baja densidad (VLDL): Dentro de valores límites normales.

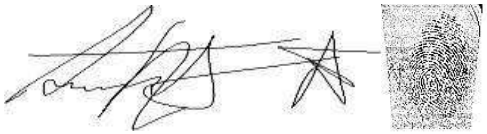
RESULTADO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA TRABAJOS DE ALTO RIESGO: De acuerdo a la valoración psicológica realizada se considera que NO PRESENTA RASGOS DE ANSIEDAD que puedan afectar su desempeño para labores consideradas de Alto Riesgo.

VALORACIÓN PSICOLÓGICA PARA REALIZAR TRABAJOS EN ESPACIOS CONFINADOS: De acuerdo a la valoración psicológica realizada se considera que NO PRESENTA condición que puedan afectar su desempeño en labores en espacios confinados.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.



WILSON ALFREDO MARTINEZ AMEZQUITA
Medico
U. San Martin
Resolución 50-9897 de 08/07/2009
Especialista Gerencia en sst
U. Areandina
Resolución 20926 de 24/12/2024



Firma para identificación de usuario Indice der
CARLOS ANDRES VARGAS GALEANO
Documento: 79917980

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por:
Fecha: 2025-02-21 Hora: 14:19

MEDICINA EMPRESARIAL S.A.S.
IPS Salud Ocupacional
Laboratorio Clínico

MEDICINA EMPRESARIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS
Nit. 901235102 - 0
Dirección: CRA 13 A 98 46 LC2
Tel: 7570405

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **20/01/2025 07:19:00** Empresa **C&M CONSULTORES S.A**

Nombre **CARLOS ANDRES VARGAS GALEANO** Doc. Identidad **CC 79917980**

Cargo **INSPECTOR DE OBRA**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO DE INGRESO, AUDIOMETRÍA, OPTOMETRIA

CONCEPTO

Sin limitaciones o restricciones para la labor

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS: MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL , EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL ,SEGUIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.

AUDIOMETRÍA: NORMAL
OPTOMETRIA: NORMAL
IMC: 20
EDAD; 44 AÑOS

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [ ]	NO [X]	ARL	SI [ ]	NO [ ]	EPS	SI [ ]	NO [ ]

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

María Isabel Castilla Nuñez
Md. Salud Ocupacional
#13880

MARIA ISABEL CASTILLA NUÑEZ, CC 1065636253.
RESOLUCIÓN No. 13880 de 05/03/2024
MÉDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Trabajador: CARLOS ANDRES VARGAS
CC: 79917980
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2025-01-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	C & M Consultores S.A.S	Actividad económica:	Actividades de consultaría de gestión
Nombre:	CELSO FONSECA GAMEZ	Documento:	CC 80158052
Fecha de nacimiento:	1981-12-21	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	43 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	CRA 81 N 41 91	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3012158098	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	INSPECTOR DE OBRA PARA INTERVENTORIA	EPS:	Salud Total
Responsable**:	LUCY (MADRE)	Teléfono:	302381110
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO APLICA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual gracias a la corrección que tiene
Audiometría:	Su capacidad auditiva está disminuida en forma bilateral.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a CELSO FONSECA GAMEZ con documento de identificación No. 80158052 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de INSPECTOR DE OBRA PARA INTERVENTORIA del sector económico Actividades de consultaría de gestión

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicitar en su entidad de salud valoración de su condición auditiva actual por Otorrinolaringólogo.
2. Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes.
3. Solicitar en su entidad de salud valoración de su condición venosa de miembros inferiores.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

LIGIA MERCEDES CABALLERO MORENO
Medico Cirujano
U. Industrial de Santander
Resolución 1847 de 21/02/2002
E.Salud Ocupacional

Firma para identificación de usuario
CELSO FONSECA GAMEZ
Documento: 80158052

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

MEDICINA EMPRESARIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS
Nit. 901235102 - 0
Dirección: CRA 13 A 98 46 LC2
Tel: 7570405

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **20/01/2025 07:03:00** Empresa **C&M CONSULTORES S.A**

Nombre **DIANA MARCELA TAFUR LOPEZ** Doc. Identidad **CC 1075246611**

Cargo **INGENIERO DE CALIDAD Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRA**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO DE INGRESO, OPTOMETRIA

CONCEPTO

Sin limitaciones o restricciones para la labor

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS: MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL , EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL ,SEGUIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.
SIN ALTERACION OSTEOMUSCULAR.
DIETA HIPOCALORICA.
USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA EL CARGO.
CONTROL ANUAL OPTOMETRIA.
IMC:25.91
OPTOMETRIA NORMAL.
EDAD: 34AÑOS

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [ ]	NO [X]	ARL	SI [ ]	NO [ ]	EPS	SI [ ]	NO [ ]

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

Dra. Marisol Mancipe Pinzon
Médico Cirujano Universidad Nacional
RM 73626-06 • C.C. 51971117
Esp. Salud Ocupacional LIC. 13994

MARISOL MANCIPE PINZON MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM 51971117 73626-06/ LSO RESOLUCION NRO 13994 DE 29/11/2016

Trabajador: DIANA MARCELA TAFUR LOPEZ
CC: 1075246611
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

MEDICINA EMPRESARIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS

Nit. 901235102 - 0
Dirección: CRA 13 A 98 46 LC2
Tel: 7570405

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **20/01/2025 07:16:00** Empresa **C&M CONSULTORES S.A**

Nombre **FERNANDO JAVIER MARTINEZ TORRES** Doc. Identidad **CC 80228876**

Cargo **CONDUCTOR**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO DE INGRESO, PRUEBAS PSICOTECNICAS, AUDIOMETRÍA, OPTOMETRIA, ESPIROMETRIA, COLESTEROL DE ALTA DENSIDAD [HDL], COLESTEROL DE BAJA DENSIDAD [LDL] ENZIMÁTICO, COLESTEROL TOTAL, HEMOGRAMA IV] METODO AUTOMATICO, TRIGLICÉRIDOS, GLUCOSA EN SUERO

CONCEPTO

Sin limitaciones o restricciones para la labor
Con hallazgos que requieren medidas preventivas
Apto para conductor

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RECOMENDACIÓN
-CONTROL CON OTORRINOLARINGOLOGO
- ASISTIR AL SERVICIO DE AUDIOLOGÍA ANUALMENTE
-CONDUCIR CON VENTANA ARRIBA
-VALORACION POR OPTOMETRIA PARA USO DE CORRECCION OPTICA.
RECOMENDACIONES PREVENTIVAS: MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL , EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL ,SEGUIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.
SIN ALTERACION OSTEOMUSCULAR.
DIETA HIPOCALORICA.
IMC:26.12
AUDIOMETRIA ALTERADA.
OPTOMETRIA ALTERADA.
PARACLINICOS NORMAL.
EDAD:44AÑOS

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual [X] Auditivo [X] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [ ]	NO [X]	ARL	SI [ ]	NO [ ]	EPS	SI [ ]	NO [ ]

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

Dra. Marisol Mancipe Pinzón
Médico Cirujano Universidad Nacional
RM 73626-06 • C.C. 51971117
Esp. Salud Ocupacional LIC. 13994

MARISOL MANCIPE PINZON MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM 51971117 73626-06/ LSO RESOLUCION NRO 13994 DE 29/11/2016

Trabajador: FERNANDO JAVIER MARTINEZ
CC: 80228876
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2025-01-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	C & M Consultores S.A.S	Actividad económica:	Actividades de consultaría de gestión
Nombre:	GERMAN LEONARDO MIKAN GIL	Documento:	CC 79863501
Fecha de nacimiento:	1976-12-06	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	48 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	CLL 1 N 24 70	Municipio:	MADRID
Teléfono:	3057686422	Escolaridad:	Tecnologico_completo
Ocupación:	TECNICO DE PROGRAMACIÓN	EPS:	Sanitas
Responsable**:	ANDRES MIKAN (HERMANO)	Teléfono:	3057515809
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO APLICA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual gracias a la corrección que tiene
Audiometría:	NO APLICA.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a GERMAN LEONARDO MIKAN GIL con documento de identificación No. 79863501 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de TECNICO DE PROGRAMACIÓN del sector económico Actividades de consultaría de gestión

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes.
2. Continuar en su entidad de salud los controles de su alteración del peso por Nutricionista.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR CONDICIÓN METABÓLICA: Su alteración del peso constituye una condición metabólica de origen común que NO le genera ningún tipo de restricción ocupacional directa actualmente para el desempeño de su labor,pero se requiere que sea evaluada y manejada en la EPS en que esté afiliado,para su control y seguimiento.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

DANIEL ALBERTO VELASQUEZ SOTOMAYOR
Medico Cirujano
Universidad Nacional
Res:753 de 22 enero 1988
U. Colegio Mayor de Cundinamarca
Esp. en Salud Ocupacional
Res 16922 de 25/03/2022



Firma para identificación de usuario Indice der
GERMAN LEONARDO MIKAN GIL
Documento: 79863501

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por:
Fecha: 2025-01-27 Hora: 09:14

MEDICINA EMPRESARIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS

Nit. 901235102 - 0
Dirección: CRA 13 A 98 46 LC2
Tel: 7570405

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **20/01/2025 07:05:00** Empresa **C&M CONSULTORES S.A**

Nombre **IVAN DARIO BECERRA GARCIA** Doc. Identidad **CC 1016022741**

Cargo **INGENIERO DE PROGRAMACIÓN Y SEGUIMIENTO.**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO DE INGRESO, OPTOMETRIA

CONCEPTO

Sin limitaciones o restricciones para la labor

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

EDAD: 35 AÑOS
IMC: 26
EXAMEN OSTEOMUSCULAR: SIN ALTERACIONES QUE LIMITEN SU ACTIVIDAD LABORAL
OPTOMETRIA: NORMAL BILATERAL

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS: MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL, EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL, SEGUIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual [ ] Auditivo [ ] Respiratorio [ ] Cardiovascular [ ] Psicosocial [ ] Ergonómico [ ] Otros [ ]

REMISIÓN	SI [ ]	NO [X]	ARL	SI [ ]	NO [ ]	EPS	SI [ ]	NO [ ]

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

María Isabel Castilla Nuñez
Md. Salud Ocupacional
#13880

MARIA ISABEL CASTILLA NUÑEZ, CC 1065636253.
RESOLUCIÓN No. 13880 de 05/03/2024
MÉDICO ESPECIALISTA EN GERENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Iván Becerra

Trabajador: IVAN DARIO BECERRA GARCIA
CC: 1016022741
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

MEDICINA EMPRESARIAL S.A.S.
IPS Salud Ocupacional
Laboratorio Clínico

MEDICINA EMPRESARIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS

Nit. 901235102 - 0
Dirección: CRA 13 A 98 46 LC2
Tel: 7570405

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **22/01/2025 08:01:00** Empresa **C&M CONSULTORES S.A**

Nombre **JOSE DERLY OSPINA RODRIGUEZ** Doc. Identidad **CC 80055119**

Cargo **INSPECTOR DE OBRA**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

EXAMEN MEDICO DE INGRESO, AUDIOMETRÍA,OPTOMETRIA

CONCEPTO

Sin limitaciones o restricciones para la labor

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

DURANTE LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR, SE DEJAN RECOMENDACIONES GENERALES DE HIGIENE POSTURAL, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO
USO CORRECCION VISUAL PERMANENTE

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ( ) Auditivo ( ) Respiratorio ( ) Cardiovascular ( ) Psicosocial ( ) Ergonómico ( ) Otros ( )

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

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

NELLY NANCY PIÑEROS MENDEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
LIC EN S.O. RES 25-993 DE 2017

Trabajador: JOSE DERLY OSPINA RODRIGUEZ
CC: 80055119
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

MEDICINA EMPRESARIAL S.A.S.
IPS Salud Ocupacional Laboratorio Clínico

MEDICINA EMPRESARIAL SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO SAS
Nit. 901235102 - 0
Dirección: CRA 13 A 98 46 LC2
Tel: 7570405

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

INGRESO

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **20/01/2025 08:23:00** Empresa **PARTICULAR**

Nombre **JOSE MAXIMINO BELTRAN GARZON** Doc. Identidad **CC 79381306**

Cargo **DIRECTOR**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

OPTOMETRIA, AUDIOMETRÍA, EXAMEN MEDICO DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

CONCEPTO

Con hallazgos que requieren medidas preventivas

RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

RECOMENDACIÓN
-CONTROL CON OTORRINOLARINGOLOGO
- ASISTIR AL SERVICIO DE AUDIOLOGÍA ANUALMENTE

RECOMENDACIONES PREVENTIVAS: MANTENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL , EMPLEAR PAUSAS ACTIVAS DIARIAS DURANTE LA ACTIVIDAD LABORAL ,SEGUIR NORMAS DE HIGIENE Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO,DURANTE LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL NO SE EVIDENCIAN ALTERACIONES DE ORIGEN OSTEOMUSCULAR, SE DEJAN RECOMENDACIONES GENERALES DE HIGIENE POSTURAL, EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO.
USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE PARA EL CARGO.
CONTROL ANUAL OPTOMETRIA.
CONTINUAR CONTROLES EPS.
DIETA HIPOCALORICA.

RESTRICCIONES LABORALES

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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

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

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

Dra. Marisol Mancipe Pinzon
Medico Cirujano Universidad Nacional
RM 73626-06 • CC. 51971117
Esp. Salud Ocupacional Lic. 13994

MARISOL MANCIPE PINZON MEDICO
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL RM
51971117 73626-06/ LSO RESOLUCION NRO
13994 DE 29/11/2016

Trabajador: JOSE MAXIMINO BELTRAN GARZON
CC: 79381306
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2025-01-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	C & M Consultores S.A.S	Actividad económica:	Actividades de consultaría de gestión
Nombre:	JUAN DAVID ROCHA MONSALVE	Documento:	CC 80762633
Fecha de nacimiento:	1983-07-21	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	41 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Soltero	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CL 2B BIS 52B 54	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3165307396	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	RESIDENTE DE INTERVENTORIA	EPS:	Famisanar
Responsable**:	LUZ MONSALVE (MADRE)	Teléfono:	3158800022
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO APLICA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual
Audiometría:	Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JUAN DAVID ROCHA MONSALVE con documento de identificación No. 80762633 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de RESIDENTE DE INTERVENTORIA del sector económico Actividades de consultaría de gestión

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Solicitar en su entidad de salud valoración de su alteración del peso por Nutricionista.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

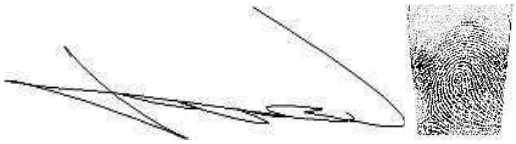
NO PRESENTA RESTRICCIONES

OBSERVACIONES FINALES

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES POR CONDICIÓN METABÓLICA: Su alteración del peso constituye una condición metabólica de origen común que NO le genera ningún tipo de restricción ocupacional directa actualmente para el desempeño de su labor,pero se requiere que sea evaluada y manejada en la EPS en que esté afiliado,para su control y seguimiento.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

LIGIA MERCEDES CABALLERO MORENO
Medico Cirujano
U. Industrial de Santander
Resolución 1847 de 21/02/2002



Firma para identificación de usuario
JUAN DAVID ROCHA MONSALVE
Documento: 80762633

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

E.Salud Ocupacional
U. Manuela Beltrán
Resolucion 10498 de 22/11/2023

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

Impreso por:
Fecha: 2025-01-27 Hora: 09:06

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2025-01-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	C & M Consultores S.A.S	Actividad económica:	Actividades de consultaría de gestión
Nombre:	JUAN FERNANDO MEDINA MORENO	Documento:	CC 1010162661
Fecha de nacimiento:	1986-03-12	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	38 años	Identidad de Género:	Masculino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	0
Dirección actual:	KRA 22 9 68	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3150264613	Escolaridad:	Universitario_completo
Ocupación:	Residente de interventoria	EPS:	Famisanar
Responsable**:	AMARUE (ESPOSA)	Teléfono:	3104821205
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



*** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión. refiere 2 dosis de janssen

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO APLICA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual gracias a la corrección que tiene
Audiometría:	NO APLICA.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a JUAN FERNANDO MEDINA MORENO con documento de identificación No. 1010162661 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de Residente de interventoria del sector económico Actividades de consultaría de gestión

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes.

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

ZULEIDY MARROQUIN RODRIGUEZ
Dra en Medicina
Esc Latinoamericana de Medicina
Res 5612 de 09/11/2011
Esp en SST
Pontificia Univ Javeriana
Res 13007 de 08/10/2021

Firma para identificación de usuario Indice der
JUAN FERNANDO MEDINA MORENO
Documento: 1010162661

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social)

reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

NOTAS DE EVOLUCIÓN:

La información aquí consignada hace parte del proceso de verificación de condiciones de salud del trabajador, para el desempeño seguro de la ocupación, por lo que debe ser revisada de manera integral con los demás datos consignados.

NOTA No. 1 - Fecha: **2025-02-04** Hora: **12:57:01** el usuario **zuleidy.marroquin** escribió:

NOTA DE EVOLUCION 04/02/2025

AUDIOMETRIA Hipoacusia neurosensorial leve bilateral.



ZULEIDY MARROQUIN RODRIGUEZ
Dra en Medicina
Esc Latinoamericana de Medicina
Res 5612 de 09/11/2011
Esp en SST
Pontificia Univ Javeriana
Res 13007 de 08/10/2021

Impreso por:
Fecha: 2025-02-05 Hora: 09:32

omnisalud
Para todo la vida

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Dando cumplimiento a la Resolución 2346 del Ministerio de Protección Social, a la empresa solo se le enviará el informe con el concepto respectivo y el resultado de los exámenes generados en la consulta.



Nombre de la Empresa		Empresa en Misión	
PARTICULAR MEDICINA			
NIT	**Dirección Empresa**	**Teléfono Empresa**	**Ciudad**
111111111	Crr 49 n 49 24	4481044	Medellin

INFORMACIÓN DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Apellidos y Nombres	Documento de identidad	Edad	Género
ANTURY TORRES LILIANA ANDREA	CC 1075236687	35 Años	F
Lugar de Nacimiento	**Lugar de Residencia**		**Estado Civil**
ACEVEDO	Bogota, D.C.		SOLTERO
Teléfono Fijo	**Dirección**		**Celular**
3163390252	CRA 85 L 63 B 42		3163390252
Correo Electrónico	**Grado de Escolaridad**		**Hemoclasificación**
ANDREANTURY@GMAIL.COM	POSTGRADO		O +
IMC	**Hijos**	**EPS**	
23.83	0	COMPENSAR EPS	

VACUNACION COVID-19	COVID-19 DOSIS	VACUNA	VACUNA REFUERZO
SI	ESQUEMA COMPLETO CON REFUERZO	1° PFIZER 2° PFIZER	PFIZER

INFORMACIÓN DEL EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

Cargo	Fecha	Hora Ingreso	Hora Inicio Atencion	Hora Salida Atencion
PROFESIONAL AMBIENTAL ESPECIALIZADA	2024-05-27	13:52:36	02:08:25	02:37:38

Lugar de realización examen	BOGOTA NORMANDIA

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

Tipo de examen realizado
PREINGRESO

CONCEPTO	TIPO DE RESTRICCIONES
CUMPLE PARA EL CARGO/ SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO	NO APLICA
MOTIVO	**CERTIFICADOS ADICIONALES**
NO APLICA	NINGUNO
AREA DE LAS RESTRICCIONES	**INGRESO AL PROGRAMA PREVENTIVO**
NINGUNA	NINGUNA
APTITUD DE TAREAS	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO: SE REALIZA
EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL: SE REALIZA
EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL: SE REALIZA
ENFASIS OSTEOMUSCULAR: SE REALIZA

ANEXOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL)
Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación.
Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria
VALORACION COMPLEMENTARIA (EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL)
Su capacidad auditiva es adecuada
MEDICAS PERSONALES
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS RESTRICTIVAS)
Ninguna
CONDUCTAS - (CONDUCTAS PREVENTIVAS)
Capacitar en la prevención de los riesgos propios del oficio a realizar
Se le informa y se le recomienda cumplir con todas las medidas de prevención contra contagio de Covid-19, según directriz de Minsalud como: distanciamiento social, lavado frecuente de manos, uso de tapabocas, evitar asistir a sitios concurridos y cuando este laborando seguir las indicaciones entregadas por el área de seguridad y salud en el trabajo, utilizar los EPP indicados y lo cuidados pertinentes en el área de trabajo. También se entregan signos de alarma, en caso de tener exposición o presentar síntomas relacionados con Covid-19, comunicarse o consultar a su EPS / secretaria seccional de salud, en las líneas habilitadas y entregadas por el Gobierno Nacional.
Se indica hábitos saludables de vida (dieta baja en sal y, azúcar) realizar actividades deportivas y controles preventivos con su médico.
OBSERVACIONES GENERALES (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
Cumplir Con Los Procedimientos Definidos Para Desarrollar Su Trabajo. Informar Oportunamente De Los Peligros Identificados En El Trabajo. Participar En Las Actividades Que Se Desarrollen En El Sistema De Gestión Y Seguridad Y Salud En El Trabajo. Desplácese En Forma Segura , si va manejar cargas cumplir Con La Normatividad De Manejo O Manipulación De Cargas, Mantenga Buena Higiene Postural, Ubicando Adecuadamente La Pantalla De Su Monitor, Si Va Estar Expuesto Utilizar Protección Respiratoria Y Auditiva, Utilizar La Dotación Y Los Elementos De Protección Personal Suministrados por El Empleador./ Dar Aviso A Supervisor O Superior Si Sus Condiciones De Salud Se Han Modificados Y Presenta Alguna Limitación O Restricción Para Realizar La Labor.
OTRAS OBSERVACIONES
HABITOS DE VIDA SALUDABLE, CONTROL DE OPTOMETRIA ANUAL, CONTROL PREVENTIVO ANUAL POR EPS
OBSERVACION Y CONCLUSION FINAL (ENFASIS OSTEOMUSCULAR)
ENFASIS DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y COLUMNA: Este examen Médico ocupacional se realiza en condiciones de reposo y está enfocado en una revisión, buscando patologías activas o secuelas osteomusculares extremidades y columna, durante su evaluación no se evidenció patología o sintomatología de origen osteomuscular que pudieran genera limitaciones o riesgo para desempeñar sus funciones laborales
OBSERVACIÓN AREA DE VACUNACION
Durante su evaluación médica ocupacional se realizó revisión de los antecedentes de vacunación, en el momento cuenta con esquema de vacunación completo para prevención de infección por sars cov-2; debe seguir tomando las medidas preventivas; cumpliendo con las medidas generales de bioseguridad.

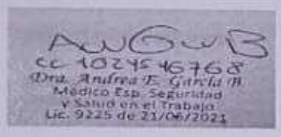
CLASIFICACION GATISO OSTEOMUSCULAR: SI	**TIPO:** 1	**GRUPO:** C
EXAMEN MÉDICO CON ÉNFASIS	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,	
INGRESARLO AL PVE PREVENTIVO	NINGUNA	
REMISION Y CONTROLES POR SU EPS	NINGUNA	
ESTÁ EN CONTROLES CON LA ARL	NO	

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVO A LOS EXÁMENES

Las respuestas dadas por mi en este(os) exámenes(es) están completas y son verificadas autorizo a la IPS para que suministre las recomendaciones médicas ocupacionales descritas Anteriormente, dando cumpliendo el decreto 1072 del 2015 y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, para retroalimentar los SVE (SISTEMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO) / programas de salud y se recomienda realizar exámenes ocupacionales anualmente acorde a la matriz de peligro y profesiograma.

Se entrega al trabajador la información de los resultados, pruebas o valoraciones complementarias ocupacionales (pre-ingreso, periódico y/o retiro), dando cumpliendo con la (Resolución 2346 del 2007 Art 10), y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, con la única finalidad en la promoción de la salud de los trabajadores y de los mecanismos de prevención y control de alteraciones de la salud.

Según lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009,la resolución 839 del 23 de marzo del 2017 y Decreto 1072/2015 - Artículo 2.2.4.6.13 numerales 1 y 2 del ministerio de trabajo y salud y protección social, y las normas que la modifiquen, adiciones, sustituyan o deroguen, las evaluaciones médicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud temporales, permanentes o secundarias a la labor o por el medio ambiente de trabajo al cual está expuesto el trabajador, y para detectar precozmente enfermedades de origen común agravadas por la exposición a los mismos. Fortaleciendo los sistemas de prevención y promoción de la salud de los trabajadores. Dichas resoluciones hacen énfasis en la confidencialidad de la Historia clínica ocupacional, la reserva profesional de la misma; y el hecho de que dicha información queda bajo nuestra guarda y custodia y solo se obtendrá dicha información bajo los requerimientos legales establecidos por la ley o cuando el trabajador lo demande, solo los certificados médicos serán conocidos por la empresa.



Firma:		Firma:	
Nombre:	GARCIA BARBOSA ANDREA STEFANIA	Nombre:	LILIANA ANDREA ANTURY TORRES
R.M.:	RM.1024546768 L.S.O.9225/2021	Documento:	1075236687

La informacion incluída en este concepto es copia fiel de los datos contenidos en la historia clinica ocupacional.

omnisalud
Para toda la vida

Fecha de impresión: 2024/05/27
www.omnisalud.co

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	LILIANA ANDREA ANTURY TORRES	**Identificación:**	CC: 1075236687
Fecha de Nacimiento:	1989-05-10	**Edad:**	35
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	POSTGRADO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CRA 85 L 63 B 42	**Teléfono:**	3163390252
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	PROFESIONAL AMBIENTAL ESPECIALIZADA
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA NORMANDIA
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN DE AUDIOMETRIA TONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL		**CAMPO ADICIONAL 1**	
CAMPO ADICIONAL 2		**CARGO**	

ANTECEDENTES OCUPACIONALES

EMPRESA 1

EMPRESA	CYM CONSULTORES	**ANTIGUEDAD**	1 MES
CARGO	PROFESIONAL AMBIENTAL ESPECIALIZADO	**AREA**	
EXPUESTO A RUIDO		**USO DE E.P.P.**	
TIPO	NO APLICA	**OBSERVACIONES**	

HISTORIA MANUAL

ANTECEDENTES AUDITIVOS OCUPACIONALES Y PERSONALES

CIRUGIA DE OIDOS	NO REFIERE	**HIPOACUSIA**	NO REFIERE
MEDICAMENTOS	REFIERE Observaciones: ANTICONCEPTIVOS	**MENINGITIS**	NO REFIERE
OTALGIA	NO REFIERE	**OTITIS**	NO REFIERE
OTORRAGIA	NO REFIERE	**OTORREA**	NO REFIERE
OTOTOXICOS	NO REFIERE	**PARALISIS FACIAL**	NO REFIERE
PAROTIDITIS	NO REFIERE	**PRURITO**	NO REFIERE
RINITIS	NO REFIERE	**SARAMPION / RUBEOLA / VARICELA**	REFIERE Observaciones: VARICELA EN LA INFANCIA
SENSACION DE OIDOS TAPADOS	NO REFIERE	**SINUSITIS**	NO REFIERE
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	NO REFIERE	**TRAUMAS DEL OIDO (GOLPES, TRAUMA ACUSTICO, EXPLOSIONES)**	NO REFIERE
TINITUS - ACUFENOS	NO REFIERE	**VERTIGO**	NO REFIERE
OTROS	NO REFIERE	**VIBRACION CONTINUA**	NO

ACTIVIDAD EXTRALABORAL CON EXPOSICION AL RUIDO

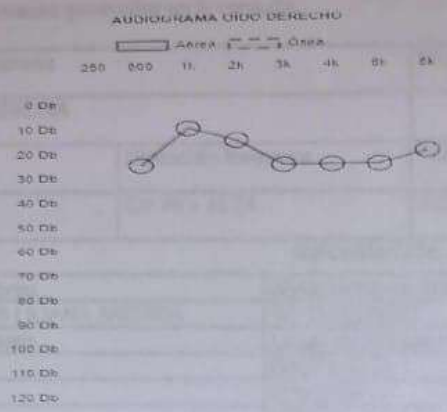
USO DE AUDIFONOS PERSONALES	SI Observaciones: OCASIONAL	**DISCOTECA (CADA 8 DIAS)**	NO
INSTRUMENTOS MUSICALES	NO	**MOTOCICLISMO**	SI Observaciones: MANEJA HACE 2 AÑOS
SERVICIO MILITAR	NO	**JUGAR TEJO**	NO
POLIGONO	NO	**USO FRECUENTE DE AVION/HELICOPTERO**	NO
OTROS	NO		

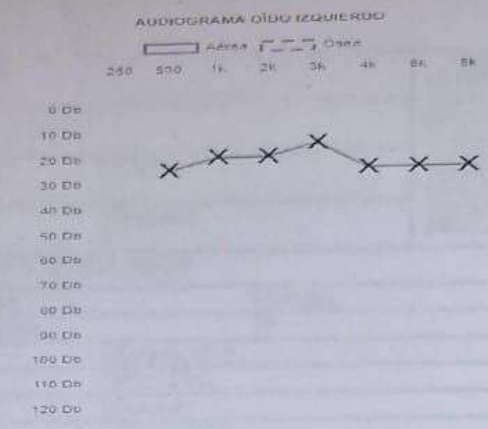
OTOSCOPIA

OIDO DERECHO		**OIDO IZQUIERDO**	
PABELLON AURICULAR - OD	NORMAL	**PABELLON AURICULAR - OI**	NORMAL
CANAL AUDITIVO EXTERNO - OD	NORMAL	**CANAL AUDITIVO EXTERNO - OI**	NORMAL
MEMBRANA TIMPANICA - OD	NORMAL	**MEMBRANA TIMPANICA - OI**	NORMAL
TAPON CERUMEN - OD	NO	**TAPON CERUMEN - OI**	NO
PERFORACION TIMPANICA - OD	NO	**PERFORACION TIMPANICA - OI**	NO
OD OTRO		**OI OTRO**	

AUDIOGRAMA

Audiograma





AUDIOGRAMA VIA AREA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD				25			10			15			25			25			25			20		
OI				25			20			20			15			25			25			25		

AUDIOGRAMA VIA OSEA

	250	Enm	S.R.	500	Enm	S.R.	1K	Enm	S.R.	2K	Enm	S.R.	3K	Enm	S.R.	4K	Enm	S.R.	6K	Enm	S.R.	8K	Enm	S.R.
OD																								
OI																								

AUDIOMETRIA BASE

	250	Obs.	500	Obs.	1000	Obs.	2000	Obs.	3000	Obs.	4000	Obs.	6000	Obs.	8000	Obs.
OD																
OI																

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

INTERPRETACION

LARSEN OD	NO APLICA	**LARSEN OI**	NO APLICA
PTA OD (500, 1K y 2K)	16.666666666666668	**PTA OI (500, 1K y 2K)**	21.666666666666668
E.L.I OD	C - NORMAL - LIMITE	**E.L.I OI**	C - NORMAL - LIMITE
GATISST OD (500, 1K, 2K y 3K)	18.75	**GATISO OI (500, 1K, 2K y 3K)**	20
S.A.L. OI	B	**FACTOR DE PRESBIACUSIA**	3

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO 1	Z011: Examen de oídos y de la audición	**TIPO DIAGNOSTICO 1**	IMPRESIÓN DIAGNOSTICA
RESULTADO	AGUDEZA AUDITIVA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES	**LATERALIDAD DX1**	BILATERAL

RECOMENDACIONES

CONTROL AUDITIVO SEGUN P.V.E.	X	**VALORACION COMPLEMENTARIA**	Su capacidad auditiva es adecuada

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Dra. Leidy Julieth Garzón
Fonoaudiología Especialista SST.
LSO. 3191 /2019

Firma:
Nombre: LEIDY JULIETH GARZON CASTIBLANCO
R.M.: L.S.O.3191

Firma:
Nombre: LILIANA ANDREA ANTURY TORRES
Documento: 1075236687

Fecha Atención : 2024-05-27
Fecha impresión : 2024-05-27

Omnisalud
Para toda la vida

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombres y Apellidos:	LILIANA ANDREA ANTURY TORRES	**Identificación:**	CC: 1075236687
Fecha de Nacimiento:	1989-05-10	**Edad:**	35
Género:	F	**RH:**	O +
Estado civil:	SOLTERO	**Escolaridad:**	POSTGRADO
Estrato:	3	**Ciudad:**	BOGOTA, D.C.
Dirección:	CRA 85 L 63 B 42	**Teléfono:**	3163390252
Acompañante:		**Tel. Acompañante:**	
Empresa:	PARTICULAR MEDICINA	**Cargo:**	PROFESIONAL AMBIENTAL ESPECIALIZADA
Ciudad - Sede:	BOGOTA, D.C.	**Sede:**	BOGOTA NORMANDIA
TIPO EXAMEN:	PREINGRESO	**ENFASIS:**	ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

EXAMEN OPTOMETRICO OCUPACIONAL

TIPO EXAMEN Y DATOS EMPRESA

TIPO EXAMEN

ENFASIS

DATOS EMPRESA

RAZON SOCIAL
campoadicional1
campoadicional2
CARGO
PROFESION

ANTECEDENTES OCULARES

ANTECEDENTES OCUPACIONALES	NO	**OBSERVACIONES**	NO REFIERE

EN LA EMPRESA ACTUAL

ILUMINACION DEL TRABAJO	NORMAL	**USO DE PROTECCION VISUAL**	NO
ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	NO REFIERE

HISTORIA MANUAL

FORMATO MANUAL	NO

ANTECEDENTES FAMILIARES

ANTECEDENTES FAMILIARES	NO	**OBSERVACIONES**	NO REFIERE

ANTECEDENTES PERSONALES Y OCULARES

ACCIDENTE OCULAR	NO	**OTROS**	NO
OBSERVACIONES	-CURUGIA LASER EN AMBOS OJOS EN NOVIEMBRE DE 2022		

LENSOMETRIA

USO CORRECCION VISUAL	NO	**ULTIMO CONTROL VISUAL**	ENTRE 6 MESES A 1 AÑO
¿PRESENTA CORRECCION OPTICA DURANTE EL EXAMEN?	NO APLICA	**ADICION O.D.**	NO USA
ADICION O.I.	NO USA		

AGUDEZA VISUAL

VISION LEJANA

SIN CORRECCION OD	20/20	**CON CORRECCION OD**	NO APLICA
SIN CORRECCION OI	20/20	**CON CORRECCION OI**	NO APLICA
SIN CORRECCION AO	20/20	**CON CORRECCION AO**	NO APLICA

VISION PROXIMA

SIN CORRECCION OD	0.5M	**CON CORRECCION OD**	NO APLICA
SIN CORRECCION OI	0.5M	**CON CORRECCION OI**	NO APLICA
SIN CORRECCION AO	0.5M	**CON CORRECCION AO**	NO APLICA

EXAMEN EXTERNO

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES	SIN ALTERACIONES		

OFTALMOSCOPIA

OJO DERECHO	NORMAL	**OJO IZQUIERDO**	NORMAL
OBSERVACIONES	SIN ALTERACIONES		

PRUEBAS SENSORIALES

PERCEPCION CROMATICA ISHIHARA	NORMAL - 15/15	**ESTEREOPSIS (PERCEPCION DE PROFUNDIDAD) SEGUNDOS DE ARCO**	40 SEGUNDOS DE ARCO
OBSERVACIONES	SIN ALTERACIONES		

MOTILIDAD OCULAR

COVER TEST LEJOS	ORTHOFORIA	**COVER TEST CERCA**	EXOFORIA
PPC	NORMAL	**REFLEJOS PUPILARES**	NORMAL
OBSERVACIONES	SIN ALTERACIONES		

QUERATOMETRIA

OJO DERECHO	NO SE REALIZA	**OJO IZQUIERDO**	NO SE REALIZA
OBSERVACIONES	NO SE REALIZA		

REFRACCION

RETINOSCOPIA

OJO DERECHO	NEUTRO	**OJO IZQUIERDO**	NEUTRO
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20

SUBJETIVO Y AFINACIONES

OJO DERECHO	NEUTRO	**OJO IZQUIERDO**	NEUTRO
AVL OD	20/20	**AVL OI**	20/20
ADD OD	0	**ADD OI**	0

Fecha Atención : 2024-05-27
Fecha Impresión : 2024-05-27

Omnisalud
Para toda la vida

AVP OD	0.5M	AVP OI	0.5M

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO PRINCIPAL	Z010: Examen de ojos y de la visión	TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL	CONFIRMADO REPETIDO
DIAGNOSTICO 1		TIPO DIAGNOSTICO 1	
DIAGNOSTICO 2		TIPO DIAGNOSTICO 2	
DIAGNOSTICO 3		TIPO DIAGNOSTICO 3	
CONCEPTO	NORMAL		

OBSERVACIONES DE LA PRESCRIPCION OPTICA

CORRECCION OPTICA	NO REQUIERE

EVOLUCION

EVOLUCION

RECOMENDACIONES

REMISION

OFTALMOLOGIA		OBSERVACIONES	
CONTACTOLOGÍA		OBSERVACIONES	
ORTÓPTICA		OBSERVACIONES	
OTROS		OBSERVACIONES	
NINGUNO	1		

GENERALES

USO DE CORRECCIÓN OPTICA		OBSERVACIONES	
LUBRICANTE OCULAR		OBSERVACIONES	
CONTROL ANUAL	1	OBSERVACIONES	POR OPTOMETRIA
TRATAMIENTO OPTICO		OBSERVACIONES	
HIGIENE PALPEBRAL		OBSERVACIONES	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CONFIRMATORIA		OBSERVACIONES	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CORRECCION OPTICA ACTUALIZADA O EN USO		OBSERVACIONES	
SE REQUIERE VALORACION ESPECIALIZADA DE PERCEPCION CROMATICA		OBSERVACIONES	
SE REQUIERE NUEVA VALORACION OPTOMETRICA CON CONCEPTO Y RESULTADOS DEL ESPECIALISTA		OBSERVACIONES	
OTROS		OBSERVACIONES	
VALORACION COMPLEMENTARIA OPTOMETRIA	Su capacidad Visual está en los rangos aceptables para su ocupación.||Se sugiere control anual de optometría de forma rutinaria	TEST DE COLORES COMPLEMENTARIO	

CONTROLES

MENSUAL		BIMENSUAL	
TRIMESTRAL		SEMESTRAL	
ANUAL	1		

RESULTADO CAMPIMETRIA

RESULTADO

Este concepto médico se emite basado en los hallazgos de la evaluación médica ocupacional realizada del día de hoy, los resultados de las pruebas paraclínicas y en la información suministrada por el trabajador y/o la empresa contratante

Consentimiento Informado del Trabajador:

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud.

Firma:
Nombre: ANGIE TATIANA PERILLA RODRIGUEZ
R.M.: TP.1233889059

Firma:
Nombre:
Documento:

COLMEDICOS
LA SALUD DE SU EMPRESA

CERTIFICADO MÉDICO DE PREINGRESO OCUPACIONAL

Fecha: 2025-01-18

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	C & M Consultores S.A.S	Actividad económica:	Actividades de consultaría de gestión
Nombre:	ANA MERCEDES BARON LOMBANA	Documento:	CC 52384958
Fecha de nacimiento:	1978-09-24	Lugar de nacimiento:	BOGOTA (CUNDINAMARCA)
Edad:	46 años	Identidad de Género:	Femenino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	3
Dirección actual:	CRA 102 N 49 04	Municipio:	BOGOTA, D.C.
Teléfono:	3213821986	Escolaridad:	Tecnico_completo
Ocupación:	Inspector ambiental de calidad y SST	EPS:	Compensar
Responsable**:	YENNY BARON (HERMANA)	Teléfono:	3134727832
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** *La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad.*

INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

No presenta carnet de vacunación para revisión.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría:	NO APLICA.
Optometría:	Su capacidad visual actual es adecuada para el desempeño de su trabajo habitual gracias a la corrección que tiene
Audiometría:	NO APLICA.
Espirometría computarizada:	NO APLICA.

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a ANA MERCEDES BARON LOMBANA con documento de identificación No. 52384958 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de Inspector ambiental de calidad y SST del sector económico Actividades de consultaría de gestión

CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

RECOMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

1. Continuar con los controles anuales por optometría para revisión de la fórmula de lentes.

2. se le recomienda uso de lentes permanentes durante jornada laboral

CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

IVON MARITZA SANCHEZ AGUILAR
Medico
U. Santander
Rethus 378604310
Especialista en Salud Ocupacional
U. del Rosario
Resolucion 5843 de 02/08/2023



Firma para identificación de usuario
ANA MERCEDES BARON LOMBANA
Documento: 52384958

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MéDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clinica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

NOTAS DE EVOLUCIÓN:

La información aquí consignada hace parte del proceso de verificación de condiciones de salud del trabajador, para el desempeño seguro de la ocupación, por lo que debe ser revisada de manera integral con los demás datos consignados.

NOTA No. 1 - Fecha: **2025-02-19** Hora: **07:18:10** el usuario **zuly.ascencio** escribió:

AUDIOMETRIA : 18/2/2025 Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupacion .



ZULY KATTERYNE ASCENCIO RAMIREZ
Medico Cirujano
Universidad del Rosario
Res. 897 de 2008
Esp.en Salud Ocupacional
Universidad del Rosario
Res.25-1368 de 2016

Impreso por:
Fecha: 2025-02-19 Hora: 08:10