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 80495947		FONSECA DUARTE WILSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 1 19 22	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	8266220	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	1000001414	9497537482	I	2026/01/14	2026/01/05	BANCO DE BOGOTA	0	$509,600

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
1	CC	80495947	FONSECA DUARTE WILSON	230201	30	$1,550,700	$248,200	EPS037	30	$1,550,700	$193,900		0	$0	$0	14-11	30	$1,550,700	$67,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,550,700	$248,200			$1,550,700	$193,900			$0	$0			$1,550,700	$67,500		$0	$0

aportes en línea

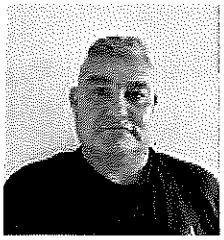
Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$248,200	$0	$0	$248,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$248,200	$0	$0	$248,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$67,500	$0	$0	$67,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$67,500	$0	$0	$67,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$193,900	$0	$0	$193,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$193,900	$0	$0	$193,900
TOTAL				1	$509,600	$0	$0	$509,600

MEDIPRO IPS
SALUD OCUPACIONAL

INFORME DE EVALUACION MÉDICO OCUPACIONAL
TRABAJO EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS



NIT. 830.692.359-3

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
03 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO-ALTURAS – ESPACIOS CONFINADOS

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

WILSON FONSECA DUARTE NIT: 80495947-4

Nombre de la empresa

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
WILSON FONSECA DUARTE	Masculino	50 Años	CC (Tipo)	80.495.947 (Número)

Cargo **TODERO**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

CUMPLE SIN RESTRICCION PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO	PARA TRABAJAR EN ALTURAS
APTO	PARA TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

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

EVALUACION OCUPACIONAL	✓	AUDIOMETRIA	✓
VISIOMETRIA	✓	PERFIL LIPIDICO	✓
GLICEMIA	✓	OSTEOMUSCULAR	✓
ESPIROMETRIA	✓		

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
CONTROL ANUAL POR MEDICO GENERAL	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

" USAR ELEMENTOS DE PROTECCION ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGUN EL AREA DE TRABAJO.

" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL

" CAPACITACION EN HIGIENE POSTURAL

" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)"

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE

" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

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

MÉDICO

Dra. Karen Liseft Ibañez Hernandez
Medico esp. En salud ocupacional
RM.: 1144147508
Universidad libre de Cali
Licencia salud ocupacional
1436-15
Cali

Firma:
Nombre: KAREN LISEFT IBAÑEZ HERNANDEZ
R.M.: 1144147508 L.S.O.: 1436-15 JUL 2019

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: WILSON FONSECA DUARTE
CC: 80495947