

LISTADO DE PERSONAL Y SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE	CEDULA	CARGO	EPS	ARL
Didier Fabian Acosta	80.845.237	Director de obra	Compensar EPS	Positiva Riesgo 5
Jhon Gerardo Bautista	1.020.718.924	Residente de obra	Sanitas	Sura Riesgo 5
Sandra Liliana Valbuena	52.657.043	Profesional SST	Nueva EPS	Positiva Riesgo 5
Wilmer Triana Martinez	1.010.224.617	Operario	Salud total	Sura Riesgo 5
Jonathan Triana Martinez	1.000.801.525	Operario	Capital salud	Sura Riesgo 5
Breyner Johan Rodriguez	1.022.952.781	Operario	Compensar	Sura Riesgo 5
Jesus David Chavez	1.007.819.379	Operario	Salud total	Sura Riesgo 5
Juan David Martinez Velasquez	1.033.717.075	Operario	Famisanar	Sura Riesgo 5
Christian Camilo Martinez Velasquez	1.024.505.872	Operario	Famisanar	Sura Riesgo 5



SAOS ALTURAS SAS
NIT 901.725.447-9

CONSECUTIVO

TSA - 5542

Licencia SST Res. No. 6291 de 12/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000022392

Código de acreditación BUREAU VERITAS N° C023.00960, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

**CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:**

DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRAN

IDENTIFICADO CON C.C. N° 80845237

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (8) HORAS

Curso realizado en Bogotá el 22 septiembre 2024, se expide en Bogotá el 22 septiembre 2024


KAREN RODRIGUEZ ACOSTA
REPRESENTANTE LEGAL


ANDRIU LOZANO TOVAR
RES No. 3871 25/11/2017

EMPRESA: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS
REP. ACOSTA BELTRAN DIDIER FABIAN
NIT: 900812511-1
ARL: POSITIVA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3244281598
<http://www.saosalturasas.com.co> - saosalturasas@gmail.com

TOTAL APORTES A PENSIÓN																
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE		SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230201	230201- PROTECCION			2	\$ 499.800	\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 499.800	\$ 0	\$ 499.800		
25-14	25-14 COLPENSIONES			3	\$ 1.520.000	\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 1.520.000	\$ 0	\$ 1.520.000		
230301	230301-PORVENIR			4	\$ 1.171.800	\$ 0		\$ 0		\$ 0		\$ 1.171.800	\$ 0	\$ 1.171.800		
SUBTOTALES:												\$ 3.191.600	\$ 0	\$ 3.191.600		

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 88.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 88.000	\$ 0	\$ 0	\$ 88.000
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 68.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 68.000	\$ 0	\$ 0	\$ 68.000
EPS001	EPS001-ALIANSA SALUD S.A.	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 68.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 68.000	\$ 0	\$ 0	\$ 68.000
EPS017	EPS017-FAMISANAR	2		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 197.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 197.000	\$ 0	\$ 0	\$ 197.000
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	2		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 157.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 157.000	\$ 0	\$ 0	\$ 157.000
EPS008	EPS008-COMPENSAR	2		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 220.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 220.000	\$ 0	\$ 0	\$ 220.000
SUBTOTALES:													\$ 798.000	\$ 0	\$ 0	\$ 798.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	9		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 943.000	\$ 943.000	\$ 0	\$ 0	\$ 943.000
SUBTOTALES:									\$ 943.000	\$ 0	\$ 0	\$ 943.000

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF24	CCF24-COMPENSAR	9	\$ 798.000	\$ 0	\$ 798.000
SUBTOTALES:			\$ 798.000	\$ 0	\$ 798.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																									
DATOS DEL COTIZANTE							NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN										SALUD										ARP				DÍAS COT	IBC	CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN			TOTAL APORTE	TOTAL APORTE				
1	CC 1000949319	DELGADO SEGURA OSCAR DANIEL	DEPEND		\$ 1.700.000	FIJO		SI																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.700.000	\$ 272.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 272.000	EPS001-ALIANSA SALUD S.A.	30	\$ 1.700.000	\$ 68.000	\$ 0	\$ 68.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.700.000		\$ 118.400	30	\$ 1.700.000	SCCF24-COMPENSAR	\$ 68.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			
2	CC 1004484889	MARULANDA JULIO LUZ ELENA	DEPEND		\$ 1.423.500	FIJO		SI																		230301-PORVENIR	30	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	\$ 1.423.500	\$ 57.000	\$ 0	\$ 57.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.423.500	1749001	\$ 99.100	30	\$ 1.423.500	SCCF24-COMPENSAR	\$ 57.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			
3	CC 1019138986	VALBUENA VILLAMIL TATIANA	DEPEND		\$ 1.700.000	FIJO		SI																		230201-PROTECCION	30	\$ 1.700.000	\$ 272.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 272.000	EPS005-SANITAS S.A.	30	\$ 1.700.000	\$ 68.000	\$ 0	\$ 68.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 1.700.000		\$ 118.400	30	\$ 1.700.000	SCCF24-COMPENSAR	\$ 68.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			
4	CC 1030590122	ACOSTA BELTRAN OSCAR DANIEL	DEPEND		\$ 3.500.000	FIJO		SI																		25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 3.500.000	\$ 560.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 560.000	EPS017-FAMISANA R	30	\$ 3.500.000	\$ 140.000	\$ 0	\$ 140.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 3.500.000	1749001	\$ 18.300	30	\$ 3.500.000	SCCF24-COMPENSAR	\$ 140.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			
5	CC 1030634843	RINCON LEON LAURA KATERINE	DEPEND		\$ 2.500.000	FIJO		SI																		25-14 COLPENSI ONES	30	\$ 2.500.000	\$ 400.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 400.000	EPS002-SALUD TOTAL	30	\$ 2.500.000	\$ 100.000	\$ 0	\$ 100.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 2.500.000		\$ 174.000	30	\$ 2.500.000	SCCF24-COMPENSAR	\$ 100.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			
6	CC 1071331623	FERNANDEZ RODRIGUEZ DEISY JOHANA	DEPEND		\$ 2.000.000	FIJO		SI																		230301-PORVENIR	30	\$ 2.000.000	\$ 320.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 320.000	EPS008-COMPENSAR	30	\$ 2.000.000	\$ 80.000	\$ 0	\$ 80.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	\$ 2.000.000		\$ 10.500	30	\$ 2.000.000	SCCF24-COMPENSAR	\$ 80.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0			

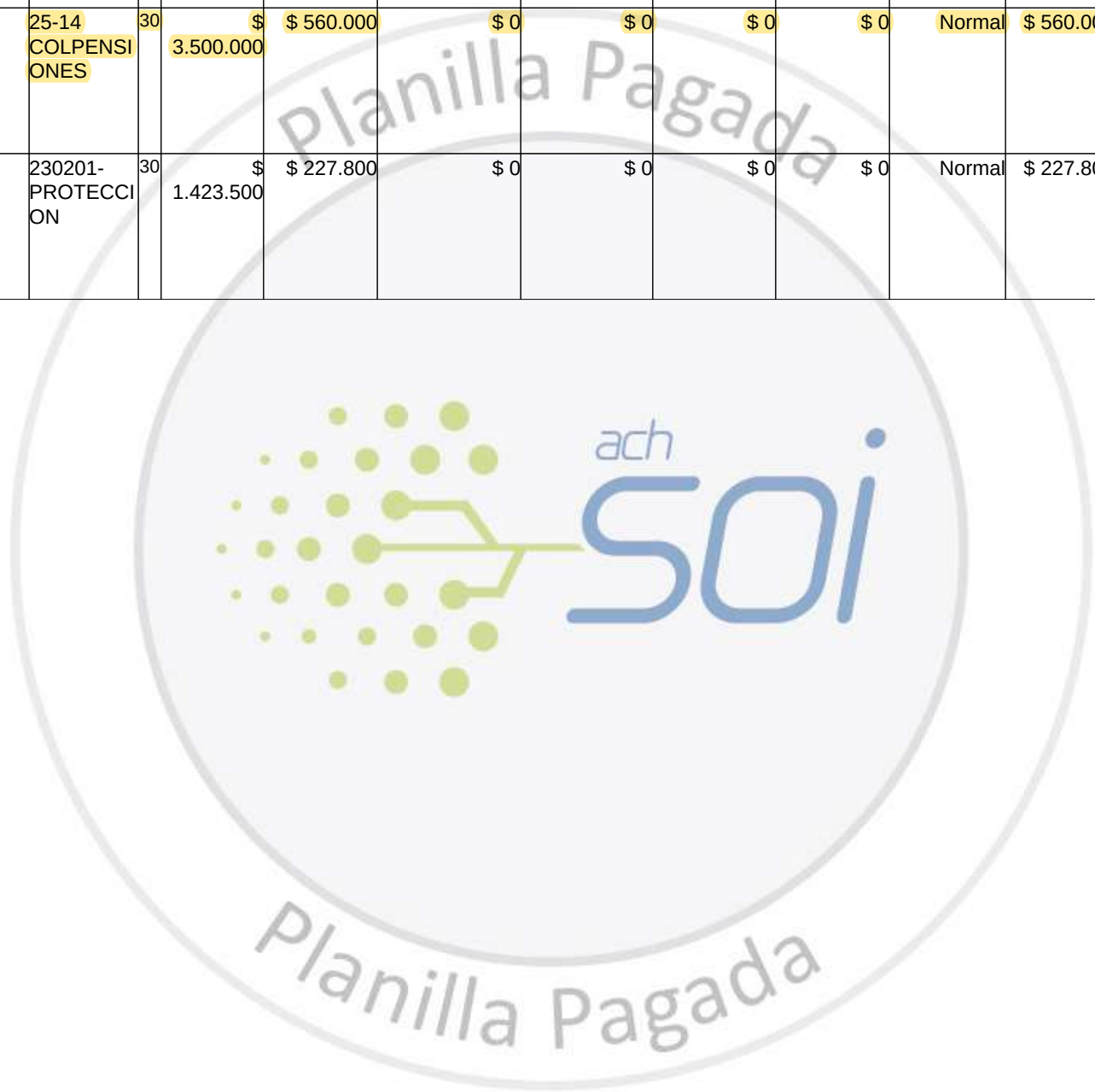
PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	900812511	NÚMERO PLANILLA:	7993405481	TIPO DE PLANILLA:	E-EMPLEADOS
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	octubre AÑO 2025	MES	noviembre AÑO
DIRECCIÓN:	CRA 55 #152B - 68 OFICINA 1310	TELÉFONO:	4661749	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1901481329
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	C-MIPYME MENOS DE 200 COTIZANTES		2025/11/04		
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI				

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
Nº	IDENTIFICA CIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC

TOTAL PAGADO:	\$ 5.730.600
----------------------	---------------------



DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1020718924		BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 127 104A 01	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4766310	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922041776	9493546099	I	2025/11/10	2025/11/12	BANCOLOMBIA	2	\$505,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$99,100		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$99,100		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$99,100		\$0	\$0	
1	CC	1020718924	BAUTISTA JOHN	25-14	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS005	30	\$1,423,500	\$178,000	0		\$0	\$0	14-11	30	\$1,423,500	\$99,100	0		\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$0	\$0			\$1,423,500	\$99,100		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1020718924		BAUTISTA HERNANDEZ JOHN GERARDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 127 104A 01	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4766310	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1922041776	9493546099	I	2025/11/10	2025/11/12	BANCOLOMBIA	2	\$505,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$300	\$0	\$228,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$227,800	\$300	\$0	\$228,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$99,100	\$200	\$0	\$99,300	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$99,100	\$200	\$0	\$99,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$300	\$0	\$178,300	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$178,000	\$300	\$0	\$178,300	
TOTAL				1	\$504,900	\$800	\$0	\$505,700	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
 IDENTIFICACIÓN PERSONAL
 CEDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 52.657.043
 VALBUENA HERRERA
 APELLIDOS
 SANDRA LILIANA
 NOMBRES
 Sandra L. Valbuena



FIRMA

FECHA DE NACIMIENTO 25-AGO-1983
 GUADUAS
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO
 1.49 O+ F
 ESTATURA G.S. PM SEXO
 26-DIC-2001 VILLET
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

NOSE DERECHO



REGISTRADOR NACIONAL
 ALEXANDER VEGA RODA




A-1500150-01379740-F-0052657043-20230914 0136330471A 2 8509409276

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



SALUD OCUPACIONAL INTERNACIONAL SAS

NIT: 900536232-8

LIC. S.O. RES. 2296 DEL 24/02/2016

TRABAJO EN ALTURAS CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

Certificado de aptitud: 52657043-250390



INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Fecha y Lugar:	02 sep 2025 - BOGOTA D.C	Tipo de Examen:	PERIODICO
Paciente:	SANDRA LILIANA VALBUENA HERRERA	Identificación:	52657043
Género:	FEMENINO Edad: 42	Teléfono:	Móvil: 3134534524
Fecha Nacimiento:	25/08/1983	Cargo:	PROFESIONAL SST
Estado Civil:	UNIÓN LIBRE	EPS:	NUEVA EPS - Nueva Promotora de Salud
Dirección:	CARRERA 57 A N 2 - 07 BARRIO GALAN	ARL:	POSITIVA
Escolaridad:	UNIVERSITARIO	AFP:	PORVENIR S.A.
Empresa:	SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS		
Misión/Contrato/ Centro de Costo:	SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA SAS -		

AREA: OPERATIVA

EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS

AUDIOMETRIA	CONTROL ANUAL / USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN AUDITIVA DURANTE EXPOSICIÓN A RUIDO / SE SUGIEREN PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA.
OPTOMETRIA	DEBE CONTINUAR USO DE GAFAS O LENTES PERMANENTES, CONTROL VISUAL ANUAL.
EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR	USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL. REALIZACION DE ACTIVIDAD FISICA DE MANERA REGULAR 3V/SEMANA X 30 MIN MINIMO
PERFIL LIPIDICO ((TRIGLICERIDOS, COLESTEROL TOTAL, HDL, LDL Y VLDL)	PROCESADO
GLICEMIA	PROCESADO
PRUEBA DE EMBARAZO (GONADOTROPINA HCG)	PROCESADO
ANEXO ALTURAS (PRUEBA VESTIBULAR DE VÉRTIGO Y ENCUESTA)	REALIZADO

CONCEPTO LABORAL

**EXAMEN PERIODICO SATISFACTORIO
APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS**

Observaciones: CONTROL PERIODICO OPTOMETRIA. CONTROL PERIODICO MEDICO EPS ALTERACION ENDOCRINA COMUN EN TRATAMIENTO

Tipo de Restricción	Condiciones, Factores, Agentes Asociados	Permanente
NO		
Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción		
VISUAL	-	PPyP
OSTEOMUSCULAR	-	PPyP
Información de Remisiones		
NO		

'CONSENTIMIENTO INFORMADO -POLÍTICA DE PROTECCIÓN DE DATOS.

Salud Ocupacional Internacional, se acoge a las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al derecho reglamentario 1377 del 2013 y se responsabiliza del tratamiento de protección de datos personales. Yo en calidad de paciente previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto: que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos, además, autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; he recibido información de la naturaleza y propósito, riesgos y beneficios de estos exámenes. Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es verídica y completa.'

Médico Especialista en Salud Laboral
EDGAR ALFONSO PADILLA SIERRA
S.O.3644 31/07/2020 RM: 02788



Firma y cédula del Paciente
SANDRA LILIANA VALBUENA HERRERA
52657043



Hoja de Vida Sandra Liliana Valbuena Herrera

CURSOS PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS



CURSOS DE



ALTURAS

CURSOS DE ALTURAS CH S.A.S.

NIT: 901.587.519-8

Licencia Jurídica SST - Resolución N° 3389 15/07/2022

CERTIFICA A:

SANDRA LILIANA VALBUENA HERRERA

Identificado con:

C DULA DE CIUDADAN A N° 52657043

por haber cursado y aprobado el nivel

REENTRENAMIENTO SECTORIAL

Con una intensidad de 8 horas
de formación

De acuerdo con lo establecido en la Resolución 4272 de 2021 del 27 de diciembre
Bureau Veritas Certificado N° CO22.01428 15/DIC/2022, acreditado por la ONAC 09-
CPR-008 Ministerio de trabajo Radicado N° 085E2023220000000022453 de Día 18/05/2023

EMPRESA: SOLTEC PROYECTOS DE INGENIERIA S.A.S

NIT: 900812511-1

R. LEGAL: DIDIER FABIAN ACOSTA BELTRAN

ARL: POSITIVA

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (02) del mes de
agosto de 2024

María Daniela Díaz Rincón
ENTRENADOR
ENTRENADOR
Lic N. 25-0659 de 2020

Nombre Representante legal:
Claudia Hernández Martínez
C.C. N° 52.555.412



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.000.801.525**

TRIANA MARTINEZ

APELLIDOS

JONATHAN

NOMBRES

Jonathan triana martinez

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-NOV-1999**

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.64

ESTATURA

O+

G.S. RH

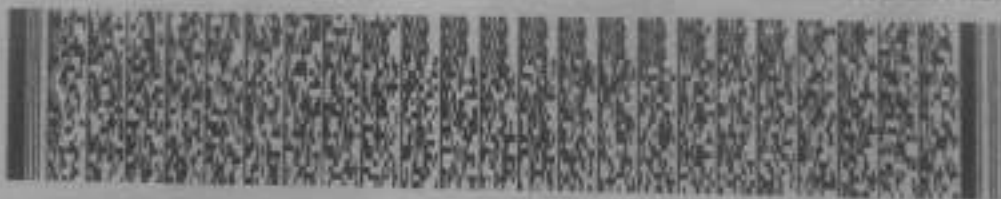
M

SEXO

27-NOV-2017 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GARCIA RACHA



P-1500150-01077669-M-1000801525-20190629

0065686141A 1

9908823305

Medellín, 25 de September de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1000801525	TRIANA MARTINEZ JONATHAN	26/09/2025		215176U2	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 25/09/2025 21:36:19 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 167.0.92.76, 192.230.104.5, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS



Número de Radicación

Fecha de Radicación

25/04/2025

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

Página 1 de 2

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedad ☐	2. Tipo de Afiliación: A. Individual - Cotizante o Cabeza de Familia ☒ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De Oficio ☐	3. Régimen: A. Contributivo ☒ B. Subsidado ☐	4. Contribución solidaria: SI ☐ No ☐
5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS):	

A. AFILIACIÓN

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

8. Apellidos y nombres completos Triana Martínez Jonathan			
9. Tipo documento de identidad CC	10. Número de documento de identidad 1000801525	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo de identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ CuidT
13. Nacionalidad Colombiana	14. Lugar de nacimiento BOGOTA DC	15. Fecha de nacimiento 19/11/1999	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ No ☐	Categoría de discapacidad	Tipo	Condición
19. Tiene encuesta SISBEN SI ☐ No ☐	20. Clasificación SISBEN Nivel	Grupos	21. Grupo de población especial		
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Sura	23. Administradora de Pensiones Porvenir	24. Ingresos base de cotización - IBC 1.423.500	25. Tarifa Contribución Solidaria		
26. Residencia Dig 02 sur N 45-83 DC BOGOTA Rafael Uribe		27. Correo electrónico B229576570@c760400@gmail.com			
28. Tipo documento de identidad		29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo de identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ CuidT	32. Fecha de nacimiento
33. Nacionalidad	34. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	35. Fecha de nacimiento			

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres completos					
28. Tipo documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo de identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ CuidT	32. Fecha de nacimiento	
33. Nacionalidad	34. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio	35. Fecha de nacimiento			

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

35. Apellidos y nombres completos		Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1	2				
B2					
B3					
36. Tipo de documento de identidad	37. Número de documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	40. Sexo de identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ OTRO ☐ CuidT	41. Lugar de nacimiento País Departamento Municipio
B1					
B2					
B3					

Datos complementarios del beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN SI ☐ NO ☐	48. Clasificación SISBEN Nivel Grupos	49. Discapacidad SI ☐ NO ☐ Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente SI ☐ NO ☐
B1							
B2							
B3							

51. Datos de residencia Departamento Municipio	Cabeza Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						
B2						
B3						

Dirección		Localidad/Comuna		Correo electrónico	
B1					
B2					
B3					

Selección de la IPS primaria		64. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		
B1		
B2		
B3		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social REAPIEC SAS	56. Tipo de documento de identificación N	57. Número del documento de identificación 901246587-6	58. Tipo de aportante o pagador a pensiones (a registrar por la EPS)
59. Ubicación D6 08 K N. 24-05 sur 6317868	59. Correo electrónico loggstrenptecsas@gmail.com		60. Teléfono 1 221

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de los datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identidad. ☐ 4. Actualización y corrección datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código		☐ 11. Inscripción EPS retorno al país. ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. ☐ 14. Movilidad ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 15. Traslado ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia. ☐ 17. Reporte del límite de protección al cesante. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de pensionado. ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria. ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.	
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales. ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar. ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de condiciones para seguir cotizando.			

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación Primer apellido: <u>Trana</u> Segundo apellido: <u>Martinez</u> Tercer apellido: <u>Jonathan</u>			
Tipo de documento de identidad ☐ A ☐ B Número de documento de identidad: <u>1000801323</u>	62. Sexo biológico ☒ Femenino ☐ Masculino	63. Sexo identificación ☐ T ☐ H ☐ OTR ☐ CUL	64. Fecha de nacimiento <u>19/11/1999</u>
65. EPS anterior <u>25109412023</u>	66. Fecha de novedad <u>25/09/2023</u>	67. Motivo de traslado Código	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al régimen contributivo, especial o de excepción. ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. ☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ☐ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ☐ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1561 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.
--

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Primer apellido: <u>Jonathan</u> Segundo apellido: <u>Trana</u> Tercer apellido: <u>Martinez</u>
Tipo de documento de identidad Número de documento de identidad: <u>1000801323</u>
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional <u>Jonathan Trana Martinez</u>
81. Aportante a cargo responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio <u>[Firma]</u>

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad de documentos de identidad anexo: ☐ CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CA ☐ SC ☐ PT	Total Anexos
83. Copia del dictamen de incapacidad permanentemente emitido por la autoridad competente. 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare al divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud. 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
--	--

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

Primer apellido: <u>Jonathan</u> Segundo apellido: <u>Trana</u> Tercer apellido: <u>Martinez</u>
Tipo documento de identidad Número del documento de identidad: <u>1000801323</u>
94. Apellidos y nombres <u>Jonathan Trana Martinez</u>
95. Firma del funcionario <u>[Firma]</u>
96. Fecha de radicación <u>25/09/2023</u>
97. Fecha de validación <u>25/09/2023</u>

Observaciones:

Observaciones:

Recuerda que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.



Bogotá DC. 25 de Septiembre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 25/9/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1000801525
Nombres y Apellidos	JONATHAN TRIANA MARTINEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901246587
Razón Social Empleador	REHABILITACIONES Y APLICACIONE
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	25/9/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	25/9/2025
Cargo	OPERARIO DE IMPERMEABILIZACIO
Horas Labor Mes	192
Sueldo básico	\$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
<https://corporativo.compensar.com/autenticidad> y digite el

mlX8mBbES



FOR-PGIE-0100





COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Teléfono: 321 510 9956
Email: info@clinicocosmos.com
agendamiento@clinicocosmos.com



Información General

No. ingreso	55089	Fecha Impresión	24/09/2025
Fecha Ingreso	24/09/2025	Nombre	JONATHAN TRIANA MARTINEZ
CC	1000801525	Sede	COSMOS SUPPORT
Cargo	AYUDANTE	Tipo de examen	EXAMEN INGRESO
Fecha Nacimiento	19/11/1999	Edad	25
Dirección	DIAGONAL 52 SUR #4J-83	Teléfono	3178873792
Estado Civil	Soltero	# Hijos	
Empresa a Laborar	REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS	Fecha de salida	24/09/2025



Nombre Acompañante

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
AUDIOMETRÍA:	NORMAL		
OPTOMETRÍA:	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**
ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES..**
ESPACIOS CONFINADOS: **APTO SIN RESTRICCIONES..**

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis 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.

CERTIFICADO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Dr. Rodrigo Alejandro Méndez G.
Especialista en seguridad y salud en el trabajo
CC: 1.032.395.042
Registro médico: 1.032.395.042

Jonathan Triana Martinez

Firma del trabajador: JONATHAN TRIANA MARTINEZ
CC:CC1000801525



GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y
EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

JONATHAN TRIANA MARTINEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1000801525

TSA - 7427

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO
CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca el 20 octubre 2025, se expide en Chía Cundinamarca el 20 octubre 2025

EMPRESA: REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS
REP. CHRISTIAN CAMILO MARTINEZ VELASQUEZ
NIT: 901246587-6
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

ANDRES FELIPE YAÑEZ RODRIGUEZ.
ENTRENADOR TSA
RES. No. 8462 - 2023

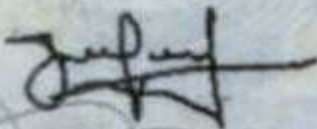
Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica: 3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.033.717.075**
MARTINEZ VELASQUEZ

APELLIDOS
JUAN DAVID

NOMBRES



FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 20-DIC-1989

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.74

ESTATURA

B+

G.S. RH

M

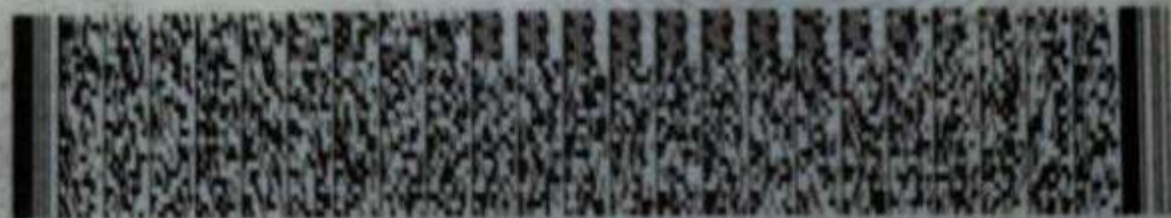
SEXO

21-DIC-2007 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00289106-M-1033717075-20110406

0026556017A 1

1341228023

CONCEPTO DE APTITUD MÉDICA OCUPACIONAL

FECHA: 9-ene.-2025 HORA: 07:35:49
EMPRESA: REAPTEC S.A.S NIT 901.246.587-6
TIPO DE EXAMEN: PERIÓDICO
INFORMACIÓN GENERAL:
Nombre del Trabajador: Juan David Martínez Velaquez
Edad: 35 años 2 meses 20 días
Documento de Identificación: CC Número: 1033717075
Cargo: OFICIAL



APTO PARA LABORES ASIGNADAS, TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS.

Aptitud Específica:

☒ Trabajos de altura

EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

Audiometría: Su capacidad auditiva es adecuada para la ocupación.
Uso protección auditiva.

Optometría

Vision Lejana: Emélope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

Vision Cercana: Emélope cumple con las condiciones visuales para el cargo, no requiere corrección visual. Control optométrico anual.

Espirometría: ESPIROMETRÍA: NORMAL

Control en exámenes periódicos

Uso de elementos de protección personal (respiratorio)

LABORATORIO: GLUCEMIA: NORMAL / PERFIL LIPÍDICO: NORMAL / HEMOGRAMA: NORMAL

Otras Recomendaciones: 1. Puede continuar con sus labores asignadas. // 2. Practicar ejercicio físico en forma habitual (Mínimo tres veces a la semana)

3. Incluir y hacer seguimiento en los sistemas de vigilancia implementados en la empresa de acuerdo con la exposición laboral.

4. Capacitar en higiene postural y permitir la realización de recesos saludables durante 10 a 15 minutos cada 4 horas durante la jornada laboral o según programa de la empresa. // 5. Uso adecuado de Elementos de Protección Personal (EPP) durante jornada de trabajo según exposición y actividad laboral. // 6. Se recomienda realización de entrenamiento y capacitación de trabajo seguro en alturas de acuerdo a resolución 4272 del 2021. // 7. *Disminución en la ingesta de alimentos altos en carbohidratos, grasas saturadas y azúcares refinados.

MEDICO: Normal. OSTEOMUSCULAR: Normal

REMISIÓN A EPS?: SI. *Valoración con medicina general y nutrición por su entidad de salud para manejo de exceso de peso.

CONSENTIMIENTO: Autorizo a SERVISALUD OCUPACIONAL IPS para realizar los exámenes médicos necesarios, comprendiendo los riesgos y beneficios. Acepto el tratamiento de mis datos personales con fines de salud ocupacional y otros legales, garantizando la confidencialidad. Entiendo y acepto el uso de mi firma, fotografía y huella digital para verificar mi identidad. Declaro haber leído y comprendido el documento antes de otorgar mi consentimiento.

*El examinado certifica que no omitió ningún dato relevante sobre sus antecedentes ocupacionales, personales y familiares que pudiesen influir sobre su estado de salud, y que toda la información expresada en este documento es cierta.

LOS RESULTADOS FUERON CONSIGNADOS EN UNA HISTORIA CLÍNICA OCUPACIONAL QUE REPOSA EN NUESTRA IPS.

APTO PARA LABORES ASIGNADAS, TRABAJOS EN ALTURAS Y ESPACIOS CONFINADOS.

Médico

Trabajador

Firma


LIC SST N°3508 19-07-22
Reg Med N° 72173322

Firma



Nombre: JOSE GERARDO GUZMAN ROMANO

Nombre: Juan David Martinez Velaquez

RM: LIC.SST#3508 de 19-07 Lic.SO: _____

CC N° 1033717075





GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No 08SE2018220000000045043; y
Certificado por BUREAU VERITAS, Código No. CO21.02279, según la NTC 6072:2014

Por razones de haber cursado y aprobado el programa formación y entrenamiento en protección contra caídas y en cumplimiento con la resolución 4272 del año 2021; Por la cual se establecen los requisitos mínimos de seguridad para el desarrollo de Trabajo en Alturas;

Se confiere a:

MARTINEZ VELASQUEZ JUAN DAVID

Identificado con CC No 1033717075

El certificado de capacitación y entrenamiento de **REENTRENAMIENTO** para trabajo en alturas con una **Duración de 8 Horas**, se realizó en el Municipio de **CHIA** a los **27** días del mes de **ENERO** del Año **2025**

Empresa contratante: REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS
Nit: 901246587-6
Representante legal: CHRISTIAN CAMILO MARTINEZ VELASQUEZ
Nº CC: 1024505872
ARL: SURA

Se expide a los **27** días del mes de **ENERO** del año **2025** en la ciudad de **CHIA**

Código de Verificación: **C-TSA25-200**

JOSE EMANUEL SALAS G

Representante Legal

C.C. 1041176720

WILMER ANDRÉS TRIANA PERDOMO

Entrenador TSA

L.P.S.S.S.T No 13206 de 2018

GEPAR S.A.S., Carrera 10 No 14 69 Chía Cundinamarca teléfono (1) 8622658

La autenticidad de este certificado podrá ser verificada en <http://www.geparsas.com/>, en el teléfono 3133644740- 3105706037

O enviando correo electrónico a Email; geparsaschia@gmail.com

GCG-F-07 / Versión 2
28 /06/2019

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901246587	6	REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	DG 68 K 24 05 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7000040	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Valor
2025-09	2025-10	1859606216	9493301593	E	2025/10/21	2025/10/17	BANCO CAJA SOCIAL		\$3,734,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																	
EMPLEADO			NOVEDADES															PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES																							
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	ide	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF																			
SUCURSAL: PRINCIPAL (12 Afiliados)																																																	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (12 Afiliados)																																																	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)																																																	
1	CC	1007819379	CHAVEZ BOHORQUEZ JESUS DAVID																	230301	30	EP5002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30		Si																		
2	CC	1193151292	GIRON CELORIO DANIEL FELIPE	X																25-14	14	EP5017	14	CCF24	14	14-11	14	6.960%	14		Si																		
3	CC	1020770172	JURADO RAMIREZ SERGIO IVAN																	230301	30	EP5008	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30		Si																		
4	CC	1024505872	MARTINEZ VELASQUEZ CHRISTIAN CAMILO																	230301	30	EP5017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30		Si																		
5	CC	3079028	MARTINEZ ROCHA JAIRO																	25-14	30	EP5002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30		Si																		
6	CC	1033717075	MARTINEZ VELASQUEZ JUAN DAVID																	230301	30	EP5017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30		Si																		
7	CC	1022346940	MOYANO AMAYA MANUEL FERNANDO	X																230301	6	EP5017	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6		Si																		
8	CC	1003558808	PERDOMO RODRIGUEZ JHON HEVER	X																230301	7	EP5002	7	CCF24	7	14-11	7	6.960%	7		Si																		
9	CC	1070595539	PERDOMO GODOY JHON JAIRO	X																230301	7	EP5002	7	CCF24	7	14-11	7	6.960%	7		Si																		
10	CC	1033730227	PINILLA MERCHAN EDGAR OSWALDO	X	X															230301	8	EP5002	8	CCF24	8	14-11	8	6.960%	8		Si																		
11	CC	1000616506	TIMARAN VEGA CARLOS DAVID	X																230201	6	EP5017	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6		Si																		
12	CC	1000801525	TRIANA MARTINEZ JONATHAN	X																230301	6	EPSC34	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6		Si																		
Total Afiliados(12)																																																	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901246587	6	REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	DG 68 K 24 05 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7000040	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1859606216	9493301593	E	2025/10/21	2025/10/17	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$3,734,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				12	\$1,929,500	\$0	\$0	\$1,929,500	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	\$334,100	\$0	\$0	\$334,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	\$1,549,800	\$0	\$0	\$1,549,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$45,600	\$0	\$0	\$45,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	\$839,800	\$0	\$0	\$839,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	12	\$839,800	\$0	\$0	\$839,800	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	\$482,600	\$0	\$0	\$482,600	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	12	\$482,600	\$0	\$0	\$482,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				12	\$482,600	\$0	\$0	\$482,600	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$57,000	\$0	\$0	\$57,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	\$258,400	\$0	\$0	\$258,400	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	\$155,800	\$0	\$0	\$155,800	
TOTAL				12	\$3,734,500	\$0	\$0	\$3,734,500	

13:36 1-



IMPRESION DEDILLO

FECHA DE NACIMIENTO **30-OCT-1995**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 **A+** **M**

ESTATURA G.S. RH SEXO

01-NOV-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EMISION

REGISTRACION
JOAN CARLOS GARCIA



A-1500150-01112290-M-1010224617-20101119 006896534NA 1 991090382

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.010.224.617**
TRIANA MARTINEZ

APELLIDOS
WILMER

NOMBRES

Wilmer Triano Martinez



Medellín, 02 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC			Clase: 5		Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1010224617	TRIANA MARTINEZ WILMER	03/10/2025		qu249174	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/10/2025 07:54:34 .

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.

Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 179.33.65.242, 192.230.104.8, 172.16.42.57

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

WILMER TRIANA MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.010.224.617**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Octubre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015582465	0 2 1 0 2 0 2 5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒		B. Colectiva ☐		C. Institucional ☐		A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐		Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante			7.Código (a registrar por la EPS)		
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐			1		

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)									
8.Apellidos y nombres									
TRIANA Primer apellido			MARTINEZ Segundo apellido			WILMER Primer nombre		Segundo nombre	
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad		11.Sexo biológico		12.Sexo identificación			
CC		1010224617		Femenino ☐ Masculino ☒		F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual			
13. Nacionalidad			14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA			País: COLOMBIA Departamento: Municipio:			3/01/0119/9/5			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales									
16.Etnia		17.Comunidad		18.Discapacidad		Si ☐ No ☒			
6				Categoria Discapacidad					
19.Tiene encuesta SISBEN		20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial					
SI ☐ NO ☒		Nivel		Grupo					
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL				23. Administradora de Pensiones		24. Ingreso base de cotizacion - IBC		25. Tarifa Contribución Solidaria	
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.						1423500			
26.Residencia									
DG 52 A 4 J 83 SUR				3145599748		WILMERTRIANA234@GMAIL.COM			
Dirección		Telefono fijo		Telefono celular		Correo electronico			
BOGOTA		BOGOTA		170					
Departamento		Municipio/Distrito		Localidad / comuna		zona		Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☐ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante									
27. Apellidos y nombres									
Primer apellido		Segundo apellido		Primer nombre		Segundo nombre			
28. Tipo documento de identidad		29. Número documento identidad		30. Sexo biológico		31. Sexo identificación			
				Femenino ☐ Masculino ☐		F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐			
32. Nacionalidad		33. Lugar Nacimiento				34. Fecha Nacimiento			
		País:		Departamento:		Municipio:			

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

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN	48.Clasiñcacion SISBEN	49.Discapacidad	50.Incapacidad Permanente					
B1				Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoría	Si	No
B2												
B3												
B4												
B5												
51. Datos de residencia												
Departamento			Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)			
B1				Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural					
B2												
B3												
B4												
B5												
Dirección				Localidad/Comuna				Correo Electrónico				
B1												
B2												
B3												
B4												
B5												

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)	
C	VS AMERICAS - CIMAD ODONTO. IPS LTDA	VSAMERICAS - CIMADONTOL	
B	-	-	
B	-	-	
B	-	-	

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social		56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC S		NIT	901246587		
59. Ubicación					
DG 68K 24 05 SUR Dirección	6317868 Teléfono fijo o celular	SGSSTREAPTECSAS@GMAIL.COM Correo electrónico		BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
Código:

☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código:

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales

☒ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar

☐ 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.

☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 14. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo
☐ B. Régimen Subsidiado

☐ 15.Traslado:

☐ A. Mismo régimen
☐ B. Diferente régimen

☐ 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia

☐ 17.Reporte del tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐ Masculino ☐

63.Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

64.Fecha de nacimiento

65.EPS anterior

66.Fecha de Novedad

0|2|1|0|2|0|2|5

67.Motivo de traslado

Código:

68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69.☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

70.☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.

71.☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

72.☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .

73.☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

74.☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran

75.☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013

76.☐ Autorización para que la EPS envíe información al correo electronico o celular como mensaje de texto

77.☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes

78.☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

☐ 82.Anexo Copia del documento de identidad: CN.☐ RC.☐ TI.☐ CC.☐ PA.☐ CE.☐ CD.☐ SC.☐ PT.☐

Cantidad: Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.

☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.

☐ 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial

Código del municipio

Código del Departamento

93. Nombre de la Institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

95.Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones



Bogotá DC. 2 de Octubre de 2.025

**CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942**

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 2/10/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en <https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario>. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com.

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1010224617		
Nombres y Apellidos	WILMER	TRIANA	MARTINEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901246587		
Razón Social Empleador	REHABILITACIONES Y APLICACIONE		
Código Sucursal	0		
Código Centro de Costo	0		
Fecha de Ingreso Empresa	2/10/2025		
Fecha de Ingreso a Compensar	2/10/2025		
Cargo	OPERARIO DE IMPERMEABILIZACIO		
Horas Labor Mes	192		
Sueldo básico	\$ 1423500		

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
<https://corporativo.compensar.com/autenticidad> y digite el

MekHIJkvS



FOR-PGIE-0100





COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Teléfono: 321 510 9956
Email: info@clinicocosmos.com
agendamiento@clinicocosmos.com



Información General

No. Ingreso	55216	Fecha Impresión	2/10/2025
Fecha Ingreso	2/10/2025	Nombre	WILMER TRIANA MARTINEZ
CC	1010224617	Sede	COSMOS SUPPORT
Cargo	AYUDANTE DE PISO	Tipo de examen	EXAMEN INGRESO
Fecha Nacimiento	30/10/1995	Edad	29
Dirección	DG 52 SUR #4J -83	Teléfono	3123117317
Estado Civil	Casado	# Hijos	



Empresa a Laborar	REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS	Fecha de salida	2/10/2025
-------------------	--	-----------------	-----------

Nombre Acompañante

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
AUDIOMETRÍA:	NORMAL		
OPTOMETRÍA:	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR:	<u>SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.</u>
ALTURAS:	<u>APTO SIN RESTRICCIONES.</u>
ESPACIOS CONFINADOS:	<u>APTO SIN RESTRICCIONES.</u>

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis 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.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
CC: 1.032.395.042
Registro médico: 1.032.395.042

Firma del trabajador: WILMER TRIANA MARTINEZ
CC: CC1010224617



GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y
EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

WILMER TRIANA MARTINEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1010224617

TSA - 7425

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO
CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca el 20 octubre 2025, se expide en Chía Cundinamarca el 20 octubre 2025

EMPRESA: REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS
REP. CHRISTIAN CAMILO MARTINEZ VELASQUEZ
NIT: 901246587-6
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN ...
ENTRENADOR TSA
RES. No.220 - 2015

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica: 3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

CEDULA DE
CIUDADANÍA



REPÚBLICA DE COLOMBIA

Apellidos

RODRIGUEZ GRANADOS

NUIP 1.022.952.781

Nombres

BREYNER JOHAN

Nacionalidad

COL

Estatura

1.67

Sexo

M

Fecha de nacimiento

20 JUN 2007

G S.

O+

Lugar de nacimiento

BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición

09 JUL 2025, SOACHA

Fecha de expiración

10 JUL 2035

Firma



065166428



Hernán Penagos Giraldo
REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL065166428615247<<<<<<<<<<
0706209M3507108COL1022952781<8
RODRIGUEZ<GRANADOS<<BREYNER<JO

Medellín, 28 de October de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5		Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C1022952781	RODRIGUEZ GRANADOS BREYNER JOHAN	29/10/2025		169E930j	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
 Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 28/10/2025 09:06:27 .
 Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
 Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.168.242.232, 192.230.104.5, 172.16.42.57



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 28 de Octubre de 2025

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1022952781
Nombre	: BREYNER JOHAN RODRIGUEZ GRANADOS
Empresa/Contratante	: REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS
Tipo Identificación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901246587
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/10/28
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/10/28
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a REAPTEC SAS y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez

GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL

Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento
escaneando el código QR o ingrese a la página
<https://corporativo.compensar.com/autenticidad> y digite el código
c3dLyPsfH



Vigilado Supersubsidio

FOR-PGIE-0044

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RODRIGUEZ GRANADOS BREYNER JOHAN** identificado(a) con **CC** número **1.022.952.781** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 28 de octubre de 2025 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 28 de octubre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:

Bogotá (601) 482 33 64 – Medellín (604) 510 90 99 – Cali (602) 386 00 80 -

Barranquilla (605) 319 79 99 – Cartagena (605) 642 49 99 – WhatsApp +57 310 220 5575

o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a <https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/>

28 OCT 2025

No. afiliación: 28/10/2025

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

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Género	4. Estado civil	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de afiliación	7. Tipo de afiliado
☐ Afiliación	☒ Tipo de afiliación	☐ Masculino	☐ Soltero	☐ Afiliado	☐ Afiliación	☐ Afiliado
☐ Reafiliación	☐ Reafiliación	☐ Femenino	☐ Casado	☐ Beneficiario	☐ Beneficiario	☐ Beneficiario

A. AFILIACIÓN / B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del col·lario, cabecera de familia o beneficiario cuando aplique a afiliado adicional)

8. Apellido y nombre	9. Tipo de documento	10. Número de documento	11. Sexo	12. Fecha de nacimiento
RODRIGUEZ GRANADOS BREYNER JOHAN	CC	1022962781	M	20/06/2007
13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento	15. Ciudad	16. Fecha de inscripción	17. Fecha de inscripción
COLOMBIANO	BOGOTA	DC	BOGOTA	20/06/2007

II. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

18. Tipo de documento	19. Tipo de documento	20. Tipo de documento	21. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
22. Tipo de documento	23. Tipo de documento	24. Tipo de documento	25. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
26. Tipo de documento	27. Tipo de documento	28. Tipo de documento	29. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
30. Tipo de documento	31. Tipo de documento	32. Tipo de documento	33. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC

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

34. Tipo de documento	35. Tipo de documento	36. Tipo de documento	37. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
38. Tipo de documento	39. Tipo de documento	40. Tipo de documento	41. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
42. Tipo de documento	43. Tipo de documento	44. Tipo de documento	45. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC

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

46. Tipo de documento	47. Tipo de documento	48. Tipo de documento	49. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
50. Tipo de documento	51. Tipo de documento	52. Tipo de documento	53. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
54. Tipo de documento	55. Tipo de documento	56. Tipo de documento	57. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
58. Tipo de documento	59. Tipo de documento	60. Tipo de documento	61. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
62. Tipo de documento	63. Tipo de documento	64. Tipo de documento	65. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC

Datos complementarios del Beneficiario

66. Tipo de documento	67. Tipo de documento	68. Tipo de documento	69. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
70. Tipo de documento	71. Tipo de documento	72. Tipo de documento	73. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
74. Tipo de documento	75. Tipo de documento	76. Tipo de documento	77. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
78. Tipo de documento	79. Tipo de documento	80. Tipo de documento	81. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC

82. Tipo de documento	83. Tipo de documento	84. Tipo de documento	85. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
86. Tipo de documento	87. Tipo de documento	88. Tipo de documento	89. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
90. Tipo de documento	91. Tipo de documento	92. Tipo de documento	93. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
94. Tipo de documento	95. Tipo de documento	96. Tipo de documento	97. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC

98. Tipo de documento	99. Tipo de documento	100. Tipo de documento	101. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
102. Tipo de documento	103. Tipo de documento	104. Tipo de documento	105. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
106. Tipo de documento	107. Tipo de documento	108. Tipo de documento	109. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC
110. Tipo de documento	111. Tipo de documento	112. Tipo de documento	113. Tipo de documento
CC	CC	CC	CC

31. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS		32. Código de la EPS a registrar por la EPS
1155		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO			
REHABILITACIONES Y APLICACIONES TÉCNICAS REAPTEC SAS			
33. Tipo de documento de identificación	34. Número del documento de identificación	35. Tipo de aportante o pagador de seguros (a registrar por la EPS)	
NI	901246587-6		
36. Dirección			
DG 68 K No 24-05 SUR			
37. Teléfono	38. Correo electrónico	39. Ciudad	40. Departamento
6317868	sgsstreapteccas@gmail.com	DC	BOGOTA

B. REPORTE DE NOVEDADES		
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación. ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación. ☐ 3. Actualización del documento de identificación. ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios. ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐ ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐ ☐ 7. Cambio de beneficiario o de afiliado adscrito. ☐ 8. Cambio de beneficiario o de afiliado adscrito. ☐ 9. Inicio de relación laboral o de prestación de servicios.	☐ 10. Terminación de la relación laboral o prestación de servicios para seguir cotizando. ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país. ☐ 12. Vinculación a una entidad adscrita para recibir prestaciones individuales. ☐ 13. Desvinculación de una entidad adscrita para recibir prestaciones individuales. ☐ 14. Muerte.	☐ 15. Traslado: ☐ A. Nuevo Régimen ☐ B. Último Régimen ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotratante o Cotratado familiar. ☐ 17. Reporte del fondo de protección al empleado. ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado. ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado. ☐ 20. Regimen a Contribución Solidaria. ☐ 21. Rol de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD			
41. Datos básicos de identificación	42. Tipo de documento de identificación	43. Número de documento de identificación	44. Fecha de nacimiento (dd-mm-aaaa)
			28/10/2025
45. Sexo	46. Estado civil	47. Fecha de inscripción	48. Fecha de inscripción (dd-mm-aaaa)

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES	
☐ 49. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adscritos. ☐ 50. Declaración de no delegación de afiliación al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. ☐ 51. Declaración de ausencia de ingresos de fuente mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiario. ☐ 52. Declaración de no intervención del afiliado, afiliado de familia, beneficiario o afiliado adscrito en una investigación adelantada por la EPS. ☒ 53. Autorización para que la EPS solicite y entregue datos y copia de la historia clínica del columna o columna de familia y de sus beneficiarios o afiliados adscritos. ☒ 54. Autorización para que la EPS reporte la información de su persona de la afiliación o del reporte de beneficiarios a la base de datos de afiliados reportes y otros sistemas públicos que por sus funciones lo requieran.	☒ 55. Autorización para que la EPS entregue los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adscritos, en su totalidad o en la medida que lo permita la Ley 1551 de 2012 y el Decreto 1377 de 2015. ☐ 56. Autorización para que la EPS envíe información al sistema de afiliación a la EPS sobre el pago de los aportes. ☐ 57. Autorización de los beneficiarios para vincularse a la Contribución Solidaria y al recibir los pagos correspondientes. ☐ 58. Autorización de la actualización del grupo familiar y los cargos en la Contribución Solidaria, según lo establece el Sistema vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	
59. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reportar la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria	
Apellidos y nombres	
60. Tipo de documento de identificación	61. Número de documento de identificación

IX. FIRMAS	
62. Firma del afiliado, beneficiario familiar beneficiario cuando genere o afiliado adscrito	63. Firma del representante legal de la afiliación colectiva o responsable de pago

X. ANEXOS	
☐ 64. Anexo copia de documento de identidad ORIGINAL ☐ 65. Copia de documentos de identidad anexos. ☐ 66. Copia del documento de inscripción permanente emitido por la autoridad competente. ☐ 67. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, o de la declaración jurada que acredite la unión marital. ☐ 68. Copia de la escritura pública o escritura pública con fe de otorgamiento, o de la declaración jurada que acredite la unión marital. ☐ 69. Copia de la escritura pública o escritura pública con fe de otorgamiento, o de la declaración jurada que acredite la unión marital. ☐ 70. Copia del certificado de inscripción o acta de inscripción civil.	☐ 71. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de vinculación. ☐ 72. Documento en su totalidad o en la medida que lo permita la Ley 1551 de 2012 y el Decreto 1377 de 2015. ☐ 73. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de vinculación. ☐ 74. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de vinculación. ☐ 75. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de vinculación. ☐ 76. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de vinculación. ☐ 77. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de vinculación. ☐ 78. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de vinculación. ☐ 79. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de vinculación. ☐ 80. Copia de la orden judicial o del acta administrativa de vinculación.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
81. Identificación de la entidad territorial	82. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL	
83. Apellidos y nombres	
84. Tipo de documento de identificación	85. Número de documento de identificación
86. Fecha de inscripción	

87. Fecha de inscripción (dd-mm-aaaa)	88. Fecha de inscripción (dd-mm-aaaa)
28-10-2025	
INSTRUCCIONES: Aporte Nov.	

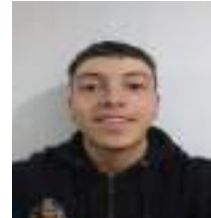


COSMOS SUPPORT SAS
 Nit: 9005304667
 Dirección: Calle 57 N 18 21
 Verificar examen: 320 400 7777
 Email: info@clinicocosmos.com
 agendamiento@clinicocosmos.com



Información General

No. Ingreso	55514	Fecha Impresión	27/10/2025
Fecha Ingreso	27/10/2025	Nombre	BREYNER JOHAN RODRIGUEZ GRANADOS
CC	1022952781	Sede	COSMOS SUPPORT
Cargo	AYUDANTE	Tipo de examen	EXAMEN INGRESO
Fecha Nacimiento	20/06/2007	Edad	18
Dirección	CLL 45A SUR #89-42	Teléfono	3182937490
Estado Civil	Soltero	# Hijos	



Empresa a Laborar	REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS	Fecha de salida	27/10/2025
-------------------	--	-----------------	------------

Nombre Acompañante

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
AUDIOMETRÍA:	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
OPTOMETRÍA:	NORMAL	ESPIROMETRÍA	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: **SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.**
 ALTURAS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**
 ESPACIOS CONFINADOS: **APTO SIN RESTRICCIONES.**

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis 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.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
 CC: 1.032.395.042
 Registro médico: 1.032.395.042

Firma del trabajador: BREYNER JOHAN RODRIGUEZ GRANADOS
 CC: CC1022952781



GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y
EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

BREYNER JOHAN RODRIGUEZ GRANADOS

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1022952781

TSA - 8788

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA DURACIÓN DE 32 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca del 28 octubre 2025 a 31 octubre 2025, se expide en Chía Cundinamarca el 31 octubre 2025

EMPRESA: REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS

REP. CHRISTIAN CAMILO MARTINEZ VELASQUEZ

NIT: 901246587-6

ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

LYZ YADIRA DIAZ LOPEZ _
ENTRENADOR TSA
RES. No 8293 - 2022

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca

La autenticidad de este certificado es verificada en:

Línea telefónica: 3143992121 - página web: geparalturas.com

Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.024.505.872**
MARTINEZ VELASQUEZ

APELLIDOS
CHRISTIAN CAMILO

NOMBRES

Christian Martinez



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-1990**
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.78

ESTATURA

B+

G.S. RH

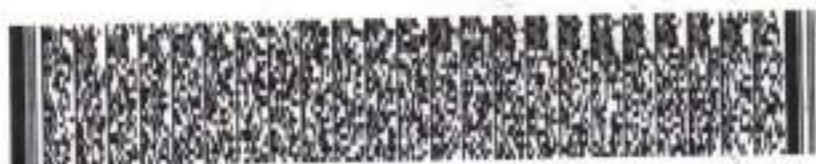
M

SEXO

10-JUL-2008 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-1500150-00087142-M-1024505872-20081002

0003990948A 2

28647824



COSMOS SUPPORT SAS
Nit: 9005304667
Dirección: Calle 57 N 18 21
Verificar examen: 320 400 7777
Email: info@clinicocosmos.com
agendamiento@clinicocosmos.com



Información General

No. Ingreso	55524	Fecha Impresión	27/10/2025
Fecha Ingreso	27/10/2025	Nombre	CHRISTIAN CAMILO MATINEZ VELASQUEZ
CC	1024505872	Sede	COSMOS SUPPORT
Cargo	OFICIAL IMPERMEABILIZACION	Tipo de examen	EXAMEN INGRESO
Fecha Nacimiento	1/07/1990	Edad	35
Dirección	DG 68 K 24 05 SUR	Teléfono	3144089432
Estado Civil	Unión libre	# Hijos	
Empresa a Laborar	REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS	Fecha de salida	27/10/2025



Nombre Acompañante

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR:	NORMAL	PERFIL LIPÍDICO	NORMAL
AUDIOMETRÍA:	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
OPTOMETRÍA:	NORMAL	ESPIROMETRÍA	NORMAL

Certificación de Aptitud

APTO PARA LABORAR EN EL CARGO

Concepto de acuerdo al énfasis

OSTEOMUSCULAR: SIN RECOMENDACIONES NI RESTRICCIONES.
ALTURAS: APTO SIN RESTRICCIONES.
ESPACIOS CONFINADOS: APTO SIN RESTRICCIONES.

Recomendaciones Generales

- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

Énfasis 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.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Profesional: RODRIGO ALEJANDRO MÉNDEZ G
CC: 1.032.395.042
Registro médico: 1.032.395.042

Firma del trabajador: CHRISTIAN CAMILO MATINEZ VELASQUEZ
CC: CC1024505872



GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y
EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

CHRISTIAN CAMILO MARTINEZ VELASQUEZ

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1024505872

TSA - 1834

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO
CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca el 30 agosto 2025, se expide en Chía Cundinamarca el 30 agosto 2025

EMPRESA: REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS
REP. CHRISTIAN CAMILO MARTINEZ VELASQUEZ
NIT: 901246587
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

HECTOR SAMUEL ANDRADE BOCANEGRA
ENTRENADOR TSA
RES. No.7775 - 2022

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901246587	6	REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	DG 68 K 24 05 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7000040	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Valor
2025-09	2025-10	1859606216	9493301593	E	2025/10/21	2025/10/17	BANCO CAJA SOCIAL		\$3,734,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																		
EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES																						
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	ide	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF																				
SUCURSAL: PRINCIPAL (12 Afiliados)																																																		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (12 Afiliados)																																																		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)																																																		
1	CC	1007819379	CHAVEZ BOHORQUEZ JESUS DAVID																		230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si																			
2	CC	1193151292	GIRON CELORIO DANIEL FELIPE	X																	25-14	14	EPS017	14	CCF24	14	14-11	14	6.960%	14	Si																			
3	CC	1020770172	JURADO RAMIREZ SERGIO IVAN																		230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si																			
4	CC	1024505872	MARTINEZ VELASQUEZ CHRISTIAN CAMILO																		230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si																			
5	CC	3079028	MARTINEZ ROCHA JAIRO																		25-14	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si																			
6	CC	1033717075	MARTINEZ VELASQUEZ JUAN DAVID																		230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si																			
7	CC	1022346940	MOYANO AMAYA MANUEL FERNANDO	X																	230301	6	EPS017	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6	Si																			
8	CC	1003558808	PERDOMO RODRIGUEZ JHON HEVER	X																	230301	7	EPS002	7	CCF24	7	14-11	7	6.960%	7	Si																			
9	CC	1070595539	PERDOMO GODOY JHON JAIRO	X																	230301	7	EPS002	7	CCF24	7	14-11	7	6.960%	7	Si																			
10	CC	1033730227	PINILLA MERCHAN EDGAR OSWALDO	X	X																230301	8	EPS002	8	CCF24	8	14-11	8	6.960%	8	Si																			
11	CC	1000616506	TIMARAN VEGA CARLOS DAVID	X																	230201	6	EPS017	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6	Si																			
12	CC	1000801525	TRIANA MARTINEZ JONATHAN	X																	230301	6	EPSC34	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6	Si																			
Total Afiliados(12)																																																		

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901246587	6	REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	DG 68 K 24 05 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7000040	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1859606216	9493301593	E	2025/10/21	2025/10/17	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$3,734,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				12	\$1,929,500	\$0	\$0	\$1,929,500	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	\$334,100	\$0	\$0	\$334,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	\$1,549,800	\$0	\$0	\$1,549,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$45,600	\$0	\$0	\$45,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	\$839,800	\$0	\$0	\$839,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	12	\$839,800	\$0	\$0	\$839,800	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	\$482,600	\$0	\$0	\$482,600	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	12	\$482,600	\$0	\$0	\$482,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				12	\$482,600	\$0	\$0	\$482,600	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$57,000	\$0	\$0	\$57,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	\$258,400	\$0	\$0	\$258,400	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	\$155,800	\$0	\$0	\$155,800	
TOTAL				12	\$3,734,500	\$0	\$0	\$3,734,500	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.007.819.379**
CHAVEZ BOHORQUEZ

APELLIDOS
JESUS DAVID

NOMBRES

Jesús David Chavez

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CICUCO
(BOLIVAR)

19-JUL-2001

LUGAR DE NACIMIENTO
1.68

O+

M

ESTATURA

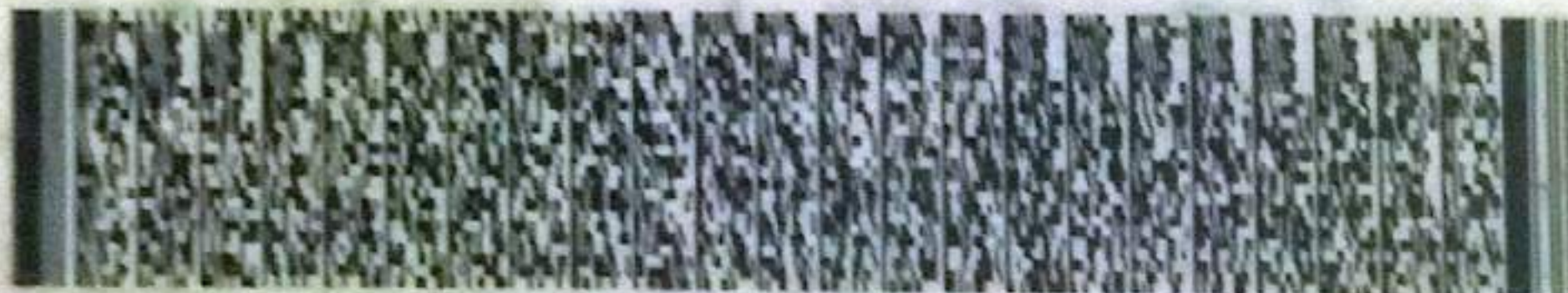
G S RH

SEXO

12-AGO-2019 TALAIGUA NUEVO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

[Signature]
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-0511000-01112191-M-1007819379-20191118

0068982215G 3

52659732

GLOBAL SIO SAS
NIT 901.705.075-7

Licencia SST Res. No. 6063 08/08/2023 SDB
Avalado por la resolución 4272 de 2021 del Ministerio de trabajo
Certificación N° 08SE2024220000000014927

Código de acreditación CELAC N° 30.494-1, bajo el esquema 6, según ISO/IEC 17067 versión 2013

CONSECUTIVO

TSA - 11339

**CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO
PARA TRABAJO EN ALTURAS
OTORGADO A:**

JESUS DAVID CHAVEZ BOHORQUEZ
IDENTIFICADO CON C.C. N° 1007819379

CURSÓ Y APROBÓ EL PROGRAMA DE:
TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO
CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE (32) HORAS

Curso realizado en Bogotá del 07 agosto 2024 al 10 agosto 2024, se expide en Bogotá el 10 agosto 2024


Oscar Leonel Urrea Riveros
REPRESENTANTE LEGAL


GLORIA EDILMA MOLINA
RES. No.7529 06/09/2021

EMPRESA: REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS
REP. CHRISTIAN CAMILO MARTINEZ VELASQUEZ
NIT: 901246587-6
ARL: SURA

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 3158002914
<http://www.globalsio.com.co> - globalsiosas@gmail.com



DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901246587	6	REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	DG 68 K 24 05 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7000040	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco		Valor
2025-09	2025-10	1859606216	9493301593	E	2025/10/21	2025/10/17	BANCO CAJA SOCIAL		\$3,734,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																
EMPLEADO			NOVEDADES																		PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	ide	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irt	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF		
SUCURSAL: PRINCIPAL (12 Afiliados)																																
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (12 Afiliados)																																
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (12 Afiliados)																																
1	CC	1007819379	CHAVEZ BOHORQUEZ JESUS DAVID																		230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si	
2	CC	1193151292	GIRON CELORIO DANIEL FELIPE	X																	25-14	14	EPS017	14	CCF24	14	14-11	14	6.960%	14	Si	
3	CC	1020770172	JURADO RAMIREZ SERGIO IVAN																		230301	30	EPS008	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si	
4	CC	1024505872	MARTINEZ VELASQUEZ CHRISTIAN CAMILO																		230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si	
5	CC	3079028	MARTINEZ ROCHA JAIRO																		25-14	30	EPS002	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si	
6	CC	1033717075	MARTINEZ VELASQUEZ JUAN DAVID																		230301	30	EPS017	30	CCF24	30	14-11	30	6.960%	30	Si	
7	CC	1022346940	MOYANO AMAYA MANUEL FERNANDO	X																	230301	6	EPS017	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6	Si	
8	CC	100355808	PERDOMO RODRIGUEZ JHON HEVER	X																	230301	7	EPS002	7	CCF24	7	14-11	7	6.960%	7	Si	
9	CC	1070595539	PERDOMO GODOY JHON JAIRO	X																	230301	7	EPS002	7	CCF24	7	14-11	7	6.960%	7	Si	
10	CC	1033730227	PINILLA MERCHAN EDGAR OSWALDO	X	X																230301	8	EPS002	8	CCF24	8	14-11	8	6.960%	8	Si	
11	CC	1000616506	TIMARAN VEGA CARLOS DAVID	X																	230201	6	EPS017	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6	Si	
12	CC	1000801525	TRIANA MARTINEZ JONATHAN	X																	230301	6	EPSC34	6	CCF24	6	14-11	6	6.960%	6	Si	
Total		Afiliados(12)																														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901246587	6	REHABILITACIONES Y APLICACIONES TECNICAS REAPTEC SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	DG 68 K 24 05 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7000040	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-09	2025-10	1859606216	9493301593	E	2025/10/21	2025/10/17	BANCO CAJA SOCIAL	0	\$3,734,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				12	\$1,929,500	\$0	\$0	\$1,929,500	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	\$334,100	\$0	\$0	\$334,100	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	9	\$1,549,800	\$0	\$0	\$1,549,800	
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	\$45,600	\$0	\$0	\$45,600	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				12	\$839,800	\$0	\$0	\$839,800	
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	12	\$839,800	\$0	\$0	\$839,800	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				12	\$482,600	\$0	\$0	\$482,600	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	12	\$482,600	\$0	\$0	\$482,600	
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				12	\$482,600	\$0	\$0	\$482,600	
CAPITAL SALUD	EPSC34	900,298,372	9	1	\$11,400	\$0	\$0	\$11,400	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$57,000	\$0	\$0	\$57,000	
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	5	\$258,400	\$0	\$0	\$258,400	
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	5	\$155,800	\$0	\$0	\$155,800	
TOTAL				12	\$3,734,500	\$0	\$0	\$3,734,500	