INFORME MENSUAL DEL SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SG-SST) DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.

CONTRALORÍA
DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
N.I. 892000495-9

PUERTO INIRIDA- GUAINIA.

ABRIL DEL 2026

INFORME DE INSPECCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

CONTRALORIA DEL DEPARTAMENTO DEL GUAINIA

CONTRALORÍA
DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
Nit 892000495-9

NIT: 892000495-9

30 DE ABRIL DEL 2026

PUERTO IRINIDA – GUAINIA.

INTRODUCCIÓN

Las inspecciones, continúan siendo la mejor forma de detectar y controlar los accidentes potenciales, antes de que ocurran las pérdidas que pueden involucrar gente, equipo, material y medio ambiente. Es indispensable el conocimiento que se tiene con respecto a los procesos que se realizan por cada una de las áreas de trabajo y saber en determinada situación con el fin de que el trabajo se ejecute correctamente. La observación de cómo se está ejecutando una labor se puede llegar al análisis si el trabajo se está realizando bien o se puede cambiar o añadir para que los resultados mejoren cada vez más. Se debe evaluar el trabajo de las personas para poder detectar los errores, el no hacerlo puede causar un alto porcentaje de accidentes. La clave está en asegurarse de que el cambio sea advertido y evaluado, a fin de determinar todo lo potencial para beneficio o perjuicio.

Es uno de los mejores instrumentos disponibles para descubrir problemas y evaluar sus riesgos "antes que ocurran". Disminución de costos, atacando el presupuesto de la empresa ocasionado por los accidentes de trabajo, generados por las condiciones locativas y mecánicas, produciendo perdidas en la disminución laboral.

Las inspecciones son necesarias para detectar oportunamente dichas exposiciones, a la vez proporcionan una retroalimentación que permite establecer si la adquisición de equipos y entrenamiento de los trabajadores es la adecuada.

JUSTIFICACIÓN

En el artículo 2 de la Resolución 1016 de 1989, se definieron los programas de seguridad y salud en el trabajo como la "planeación, organización, ejecución y control de las actividades de medicina preventiva y del trabajo, higiene industrial y seguridad industrial, tendientes a mejorar y a preservar la salud de los trabajadores.

La Seguridad y Salud en el Trabajo es una técnica de carácter preventivo, que tiene por objeto la detección de riesgos de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, mediante la observación de todas las situaciones inherentes a un proceso, consistentes básicamente en instalaciones locativas, materias primas e insumos, almacenamiento, sistemas de control de emergencias y todas aquellas condiciones que puedan influir en la salud y seguridad del trabajador.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Fomentar conciencia de la importancia tan relevante como son las inspecciones planeadas para llegar a un fin común como es el control de pérdidas.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las condiciones que nos representan riesgo y pueden generar un posible accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- Detectar posibles daños que generan costo económico, gravedad, magnitud y frecuencia de pérdidas ocasionadas.

METODOLOGIA Y POBLACION

El día 30 de ABRIL del 2026 a las 9:00 am se realizó la respectiva inspección de seguimiento de Condiciones Generales de **LA CONTRALORIA DEL DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA**, la inspección consistió en realizar una observación de las instalaciones, de tal manera que se pueda demostrar que las instalaciones son seguras y se han tomado las medidas posibles para prevenir o limitar las consecuencias de accidentes y enfermedades laborales.

DESARROLLO DE LA INSPECCIÓN

1. CONDICIONES GENERALES

Aspecto	Condición Encontrada		Descripción de lo observado
Demarcación de áreas	Cumple	X	Se observa la demarcación del puesto de trabajo, el extintor se encuentran con su respectiva señalización, se evidencia rutas de evacuación, cuentan con camilla y botiquín debidamente señalizado.
	No cumple		
	No aplica		
Orden y aseo en puesto de trabajo	Cumple	X	Se observó que el puesto de trabajo se encuentran ordenado y aseado en los diferentes espacios de las áreas de **LA CONTRALORIA DEL DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**
	No cumple		
	No aplica		

Recomendaciones:

1. Seguir implementando el programa de orden y aseo en las instalaciones
2. Inspeccionar áreas 15 minutos antes de finalizar labores para dejar en orden el sitio de trabajo.
3. Seguir manteniendo el habito de guardar los equipos y la organización del puesto de trabajo después de haberlos utilizado.
4. Seguir manteniendo el paso restringido a personas ajenas de **LA CONTRALORIA DEL DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

INSPECCIÓN
2. PUESTOS DE TRABAJO

Aspecto	Condición Encontrada		Descripción de lo observado
Espacio de Trabajo	Cumple	X	El espacio de trabajo se encuentra dentro de las longitudes establecidas, dejando el área despejado sin obstáculos que
	No cumple		
	No aplica		

			puedan ser considerado como condición insegura.
Superficie de trabajo	Cumple	X	Las áreas superficiales de trabajo se encuentran en adecuado aseo sin obstaculizar el desarrollo de las actividades propuestas de la tarea.
	No cumple		
	No aplica		

Recomendaciones:

1. Mantener siempre libre de obstáculos el puesto de trabajo.
2. Seguir manteniendo el orden y aseo con los elementos que se utilizan para el desarrollo de las actividades.

INSPECCIÓN

5. ESTRUCTURA

Aspecto	Condición Encontrada		Descripción de lo observado
Pisos	Cumple	X	Los pisos se encuentran en adecuado aseo, para el desarrollo de las actividades.
	No cumple		
	No aplica		
Ventilación	Cumple	X	La ventilación es buena ya que cuenta con flujo de aire natural en los sitios de trabajo.
	No cumple		
	No aplica		
Paredes y Techos	Cumple	X	Se observa en óptimas condiciones las paredes y techos.
	No cumple		
	No aplica		
Pasillos Peatonales	Cumple	X	Se evidencia los pasillos libres de obstáculos y en adecuado orden y aseo.
	No cumple		
	No aplica		
Suministro de agua	Cumple	X	se cuenta con suministro de agua potable.
	No cumple		
	No aplica		

Iluminación	Cumple	X	Se cuenta con luz artificial de la balas led
	No cumple		
	No aplica		

Recomendaciones:

1. Seguir manteniendo el adecuado orden y aseo del piso para evitar cualquier eventualidad.
2. Reportar cualquier condición insegura que suceda dentro y fuera de **LA CONTRALORIA DEL DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA**

INSPECCIÓN
6. PLAN DE EMERGENCIA

Aspecto	Condición Encontrada		Descripción de lo observado
Rutas de Evacuación	Cumple	x	La ruta de evacuación está libre de obstáculos y es la más rápida. Se encuentra señalizada para que sea más fácil la identificación.
	No cumple		
	No aplica		
Puertas de Emergencia	Cumple	x	La puerta cuenta con la señalización de emergencia adecuada.
	No cumple		
	No aplica		
Planos de Evacuación	Cumple	x	Se evidencia plano de evacuación.
	No cumple		
	No aplica		
Punto de Encuentro	Cumple	x	El punto de encuentro está establecido y divulgado al colaborador de **LA CONTRALORIA DEL DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA**, se encuentra señalizado.
	No cumple		
	No aplica		
Detectores de Humo	Cumple		N/A
	No cumple		
	No aplica	X	
Señalización	Cumple	X	Se evidencia señalización de emergencia.
	No cumple		
	No aplica		
Señal de Alarma para	Cumple	X	Se evidencia un silbato ya que se puede activar en caso de emergencia de forma rápida.
	No cumple		

Emergencia	No aplica		

Recomendaciones:

1. Realizar las inspecciones periódicas con el fin de poder establecer controles precoces en la identificación de condiciones inseguras en área locativa.

INSPECCIÓN

7. SERVICIOS SANITARIOS

Aspecto	Condición Encontrada		Descripción de lo observado
Baños y baterías sanitarias	Cumple	X	Los baños y las baterías sanitarias se encuentran en buenas condiciones de orden y aseo.
	No cumple		
	No aplica		
Conexiones Sanitarias	Cumple	X	Las conexiones sanitarias se encuentran en buenas condiciones.
	No cumple		
	No aplica		

Recomendaciones:

1. Realizar las inspecciones periódicas con el fin de poder establecer controles precoces en la identificación de condiciones inseguras en área locativa.

INSPECCIÓN

8. DISPOSICION DE RESIDUOS Y RED ELECTRICA

Aspecto	Condición Encontrada		Descripción de lo observado
Disposición de Residuos	Cumple	x	se observó punto ecológico. Se debe poner las bolsas de colores en las canecas.
	No cumple		
	No aplica		
Existe programa de Residuos	Cumple	x	Cuenta con el programa de gestión de residuos, se debe implementar con todo el personal de la organización.
	No cumple		
	No aplica		
Conexiones Eléctricas	Cumple	X	Las instalaciones eléctricas están en buen estado.
	No cumple		
	No aplica		

Recomendaciones:

1. Se recomienda capacitar a los colaboradores en la clasificación de los residuos y se sugiere rotular las canecas para la clasificación de los residuos.

2. Organizar los cables de los equipos que se desconectan después de utilizarlos.

8.1. OBSERVACIÓN DE COMPORTAMIENTOS

Aspecto	Condición Encontrada		Descripción de lo observado
Tránsito de los colaboradores	Cumple	X	No se evidencia falencia alguna con el tránsito de colaboradores dentro de las instalaciones de **LA CONTRALORIA DEL DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**
	No cumple		
	No aplica		
Calzado de los colaboradores	Cumple	X	El personal cuenta con calzado adecuado al tipo de trabajo.
	No cumple		
	No aplica		

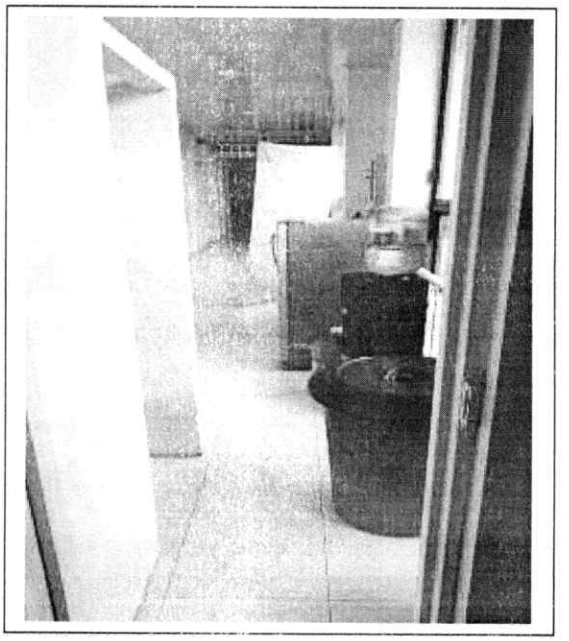
Recomendaciones:

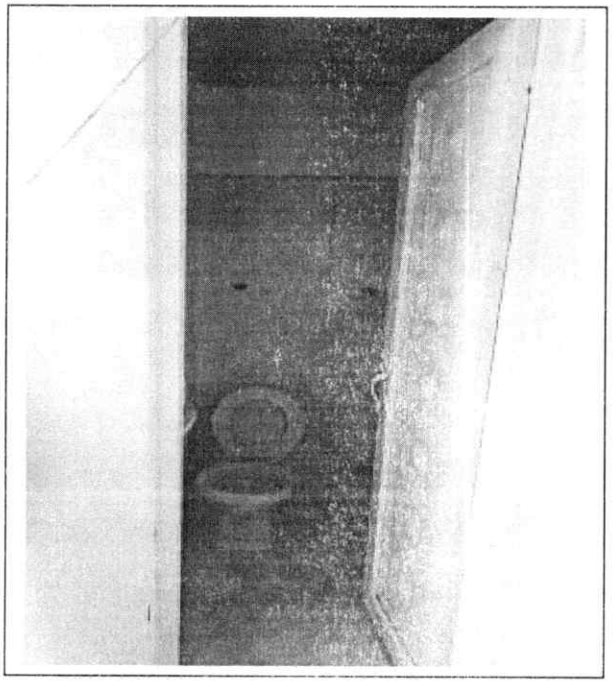
1. Se recomienda realizar seguimiento al uso de los EPI, y dotación adecuada para los colaboradores.
2. Si los elementos de protección individual demuestran un desgaste avanzado cambiarlos para evitar lesiones en cualquier parte de su cuerpo.

OBSERVACIONES GENERALES

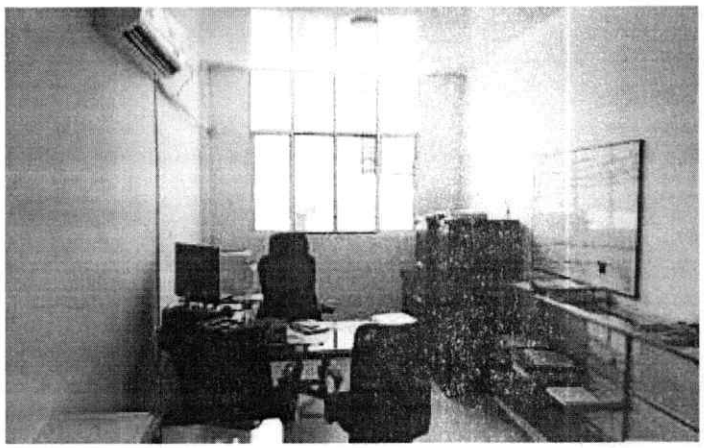
1. Se debe tener un horario de orden y aseo.
2. Disponer de bolsas de colores para las canecas y clasificar los residuos sólidos en ellas.
3. Reportar las condiciones de salud de manera inmediata en caso de presentar alguna anomalía.
4. Reportar cualquier exposición de condición subestandar de ambiente que pueda afectar la salud de los funcionarios.

ANEXO: FOTOS DE EVIDENCIA





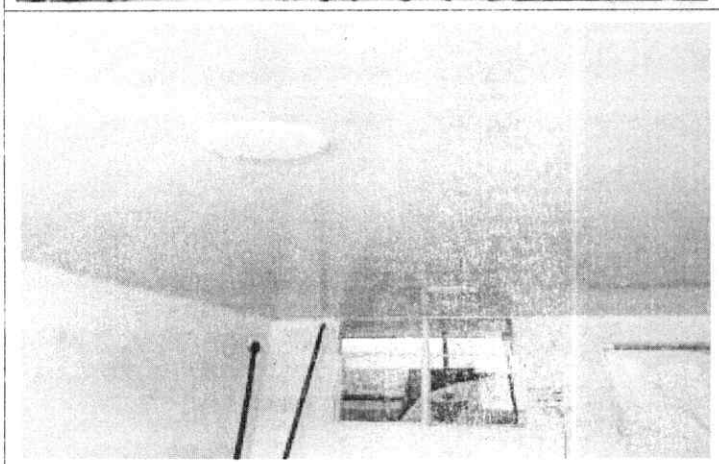
EVIDENCIA FOTOGRAFICA DE LA CONTRALORIA DEL DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA

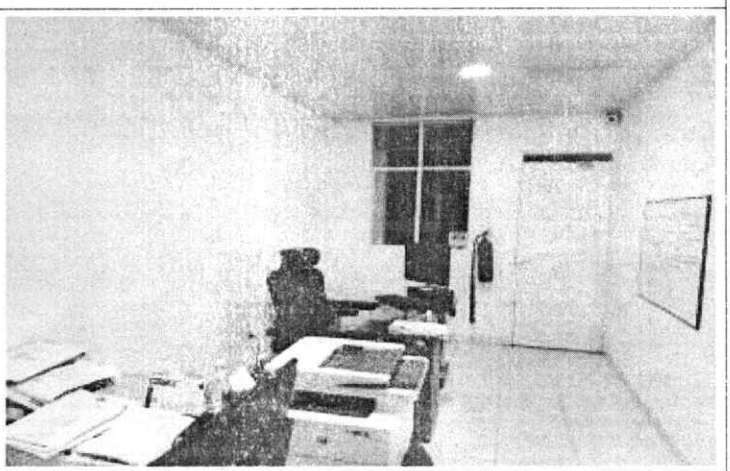


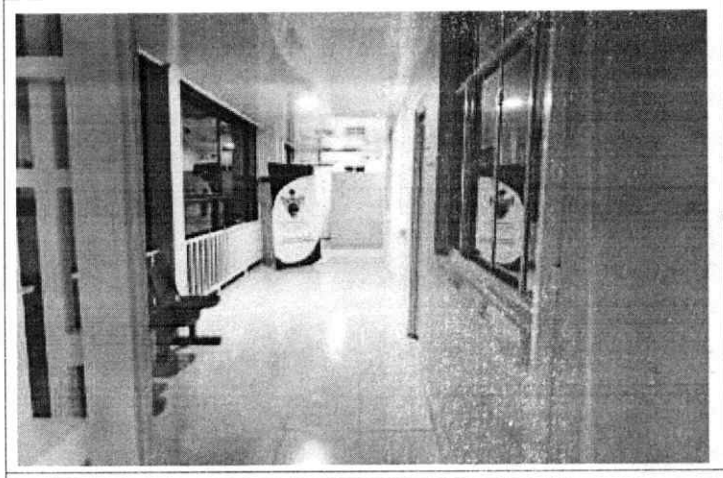


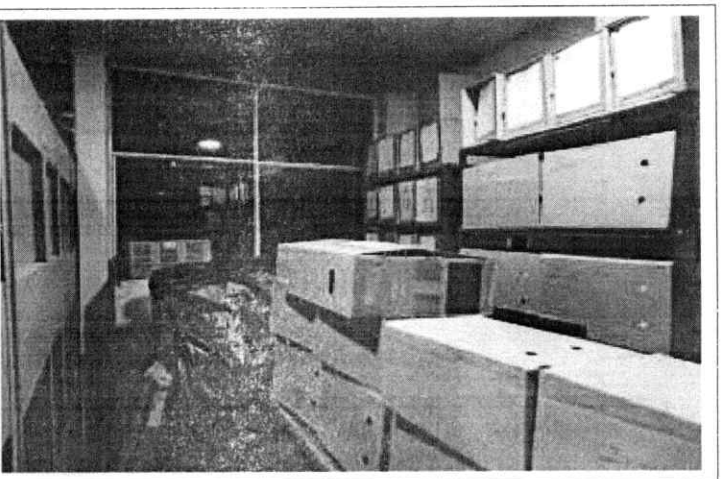


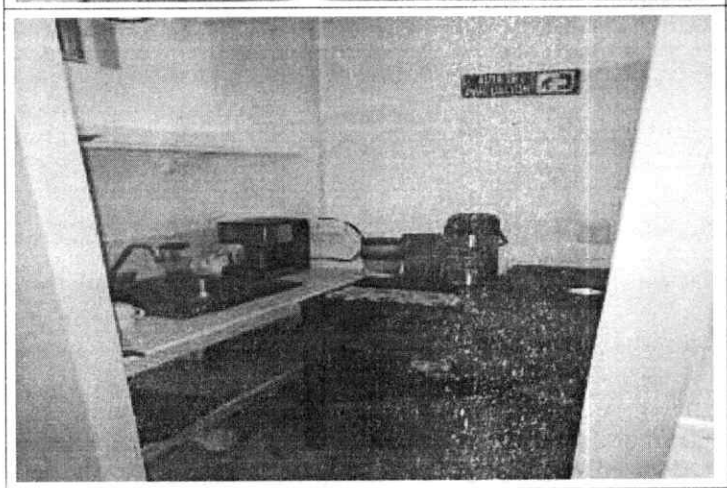


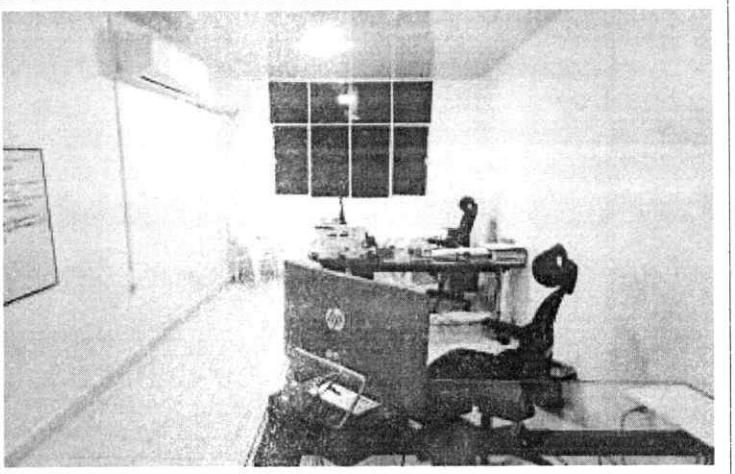


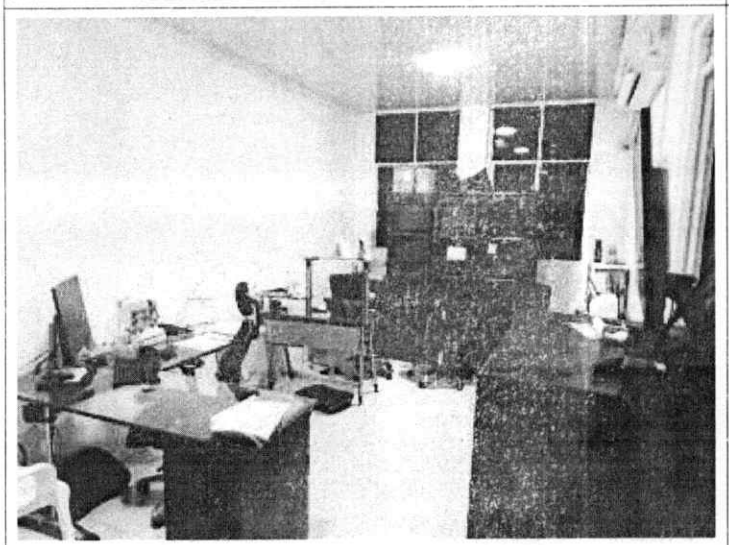














Sergio Parra
1.5705.30

PROFESIONAL SST

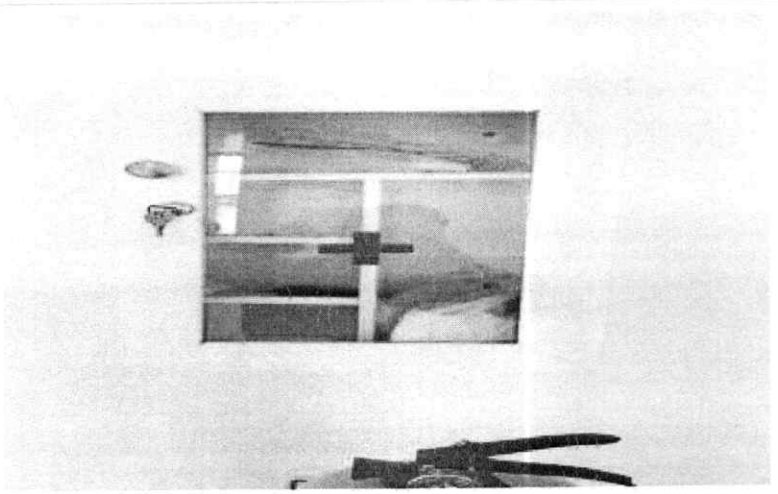
ACTIVIDADES REALIZADAS CON LOS FUNCIONARIOS

CONTRALORÍA
DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
Nit. 892000495-9

CORTE DEL 01/04/2026 AL 31/04/2026

FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: INSPECCION DEL BOTIQUIN
FECHA: 8 DE ABRIL DEL 2026

EVIDENCIA	DESCRIPCIÓN.
 	SE REALIZA LA INSPECCION VISUAL DEL BOTIQUIN DONDE SE PUEDE APRECIAR QUE NO CUENTA CON LOS INSUMOS NECESARIOS PARA CUBRIR CON ALGUNA EMERGENCIA QUE SE PRESENTE DENTRO DE LAS INSTALACIONES, POR LO QUE SE RECOMIENDA CONSEGUIR LO BASICO PARA LA ATENCION.

Responsable: SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA.
Cargo: COORDINADOR SG-SST

PUERTO IRINIDA, 10 de abril del 2026.

Señores:
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.
CALLE 15 # 7 – 33

Asunto: CONDICIONES DE SALUD DE LOS FUNCIONARIOS.

Por medio de la presente, se hace de su conocimiento, que se realizó el respectivo, REVISION DE LAS CONDICIONES DE SALUD de los funcionarios de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA,** se evidencio que los datos están desactualizados por lo que se recomienda la recolección de datos para la trazabilidad en la información de cada funcionario de la entidad.

Dado lo anterior se remite muy respetuosamente para su evaluación y manejo.

Cordialmente,

SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA
COORDINADOR SST.
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
PUERTO IRINIDA - GUAINIA

INFORME DE CONDICIONES DE SALUD DE LOS COLABORADORES DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINÍA A PARTIR DE LOS EXÁMENES MÉDICO OCUPACIONALES A REALIZAR DURANTE EL 2025.

PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

Según requisito legal (Resolución 2346 de 2007) y basado en los datos recolectados en los diferentes exámenes médico laborales de evaluación médica ocupacional de egreso, evaluación medico ocupacional periódico énfasis osteomuscular y examen médico ocupacional de ingreso énfasis osteomuscular, durante el periodo 01 febrero 2025 y 13 diciembre 2025, se construye el diagnostico de condiciones de salud del personal Operativo y Administrativo dentro de la empresa CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.

En la Figura 1 se identifica que durante el periodo mencionado se han realizado 9 Exámenes Medico Laborales al personal distribuidos entre 7 EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL PERIODICO ENFASIS OSTEOMUSCULAR, 1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR, 2 EVALUACION MEDICA OCUPACIONAL DE EGRESO, que corresponde al 77,78%, 11,11%, 11,11%, de la población.

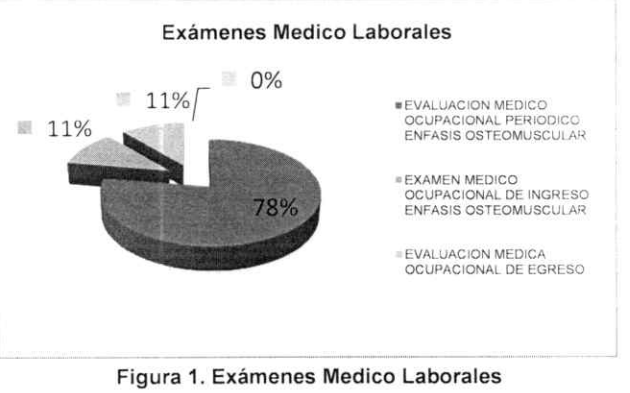


Figura 1. Exámenes Medico Laborales

Exámenes Medico Laborales	CANT	%
Evaluación medico ocupacional periódico énfasis osteomuscular	7	77,78 %
Examen médico ocupacional de ingreso énfasis osteomuscular	1	11,11 %
Evaluación médica ocupacional de egreso	2	11,11 %
TOTALES	10	100 %

Se observa una variación de los cargos con una mayoría son administrativos.

Figura 2.

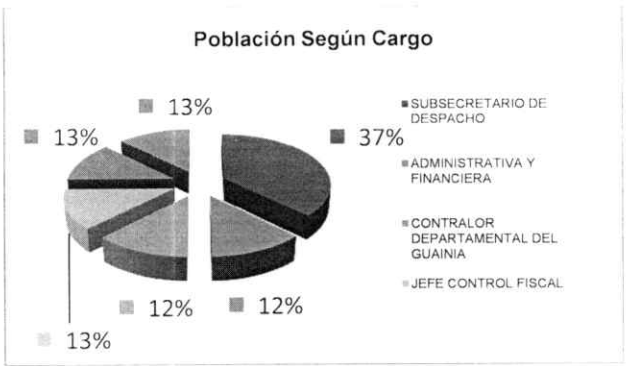


Figura 2. Población Según Cargo

Población Según Cargo	CANT	%
Subsecretario de despacho	3	33,33 %
Administrativa y financiera	1	11,11 %
Contralor departamental del Guainía	2	11,11 %
Jefe control fiscal	1	11,11 %
Jefe de responsabilidad fiscal	1	11,11 %
Profesional de apoyo	1	11,11 %
Subsecretario de control fiscal	1	11,11 %
TOTALES	10	100 %

Del personal en la empresa 7 son de género MASCULINO y 3 son de género FEMENINO que corresponde al 66,67%, 33,33% de la población. Como se aprecia en la Figura 3.

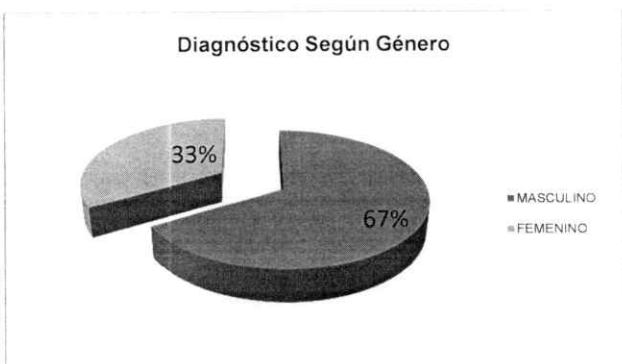


Figura 3. Diagnóstico Según Género

Diagnóstico Según Género	CANT	%
Masculino	7	66,67 %
Femenino	3	33,33 %
TOTALES	10	100 %

Del personal en la empresa 5 son de edades 30 A 39, 4 son de edades 40 A 49, 1 son de edades 20 A 29, 0 son de edades 18 A 20, 0 son de edades 50 A 59 y 0 son de edades Mayor de 60 que corresponde al 55,56%, 33,33%, 11,11%, 0,00%, 0,00%, 0,00% de la población. Como se aprecia en la Figura 4.

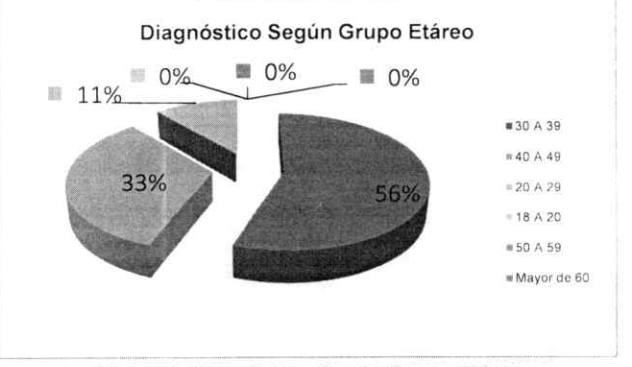


Figura 4. Diagnóstico Según Grupo Etáreo

Diagnóstico Según Grupo Etáreo	CANT	%
30 a 39	**5**	**55,56 %**
40 a 49	**4**	**33,33 %**
20 a 29	**1**	**11,11 %**
18 a 20	**0**	**0,00 %**
50 a 59	**0**	**0,00 %**
Mayor de 60	**0**	**0,00 %**
TOTALES	**9**	**100 %**

Del personal en la empresa 8 son de estrato 2 y 1 son de estrato 1 que corresponde al 88,89%, 11,11% de la población. Como se aprecia en la Figura 5.

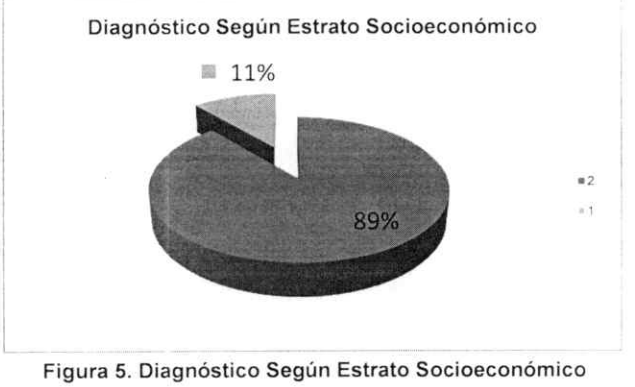


Figura 5. Diagnóstico Según Estrato Socioeconómico

Diagnóstico Según Estrato Socioeconómico	CANT	%
2	8	88,89 %
1	1	11,11 %
TOTALES	9	100 %

La escolaridad del personal de la Empresa se encuentra en un nivel relativamente alto y está distribuida de la siguiente forma: UNIVERSITARIO 6 personas que corresponde al 66,67%, POSTGRADO 4 personas que corresponde al 33,33%. Como se aprecia en la Figura 6.

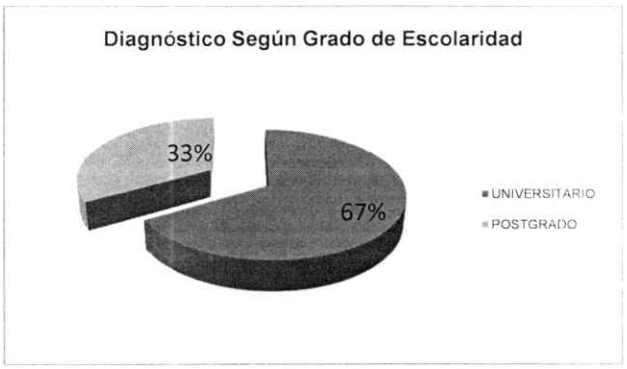


Figura 6. Diagnóstico Según Grado de Escolaridad

Diagnóstico Según Grado de Escolaridad	CANT	%
Universitario	6	66,67 %
Postgrado	4	33,33 %
TOTALES	10	100 %

Según el Estado Civil del personal el Diagnostico muestra que son: SOLTERO(A) 6 personas que corresponde al 66,67%, CASADO(A) 4 personas que corresponde al 33,33%, UNIÓN LIBRE 0 personas que corresponde al 0,00%, DIVORCIADO(A) 0 personas que corresponde al 0,00%, VIUDO(A) 0 personas que corresponde al 0,00%, SEPARADO(A) 0 personas que corresponde al 0,00%. Representado en la Figura 7.

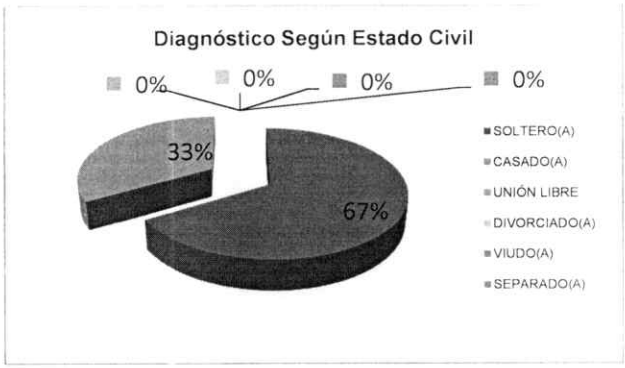


Figura 7. Diagnóstico Según Estado Civil

Diagnóstico Según Estado Civil	CANT	%
Soltero(a)	6	66,67 %
Casado(a)	4	33,33 %
Unión libre	0	0,00 %
Divorciado(a)	0	0,00 %
Viudo(a)	0	0,00 %
Separado(a)	0	0,00 %
TOTALES	10	100 %

En cuanto a los estilos de vida saludables del personal en la empresa se concluye que la mayoría de las personas no tienen hábito de fumar. Figura 8.

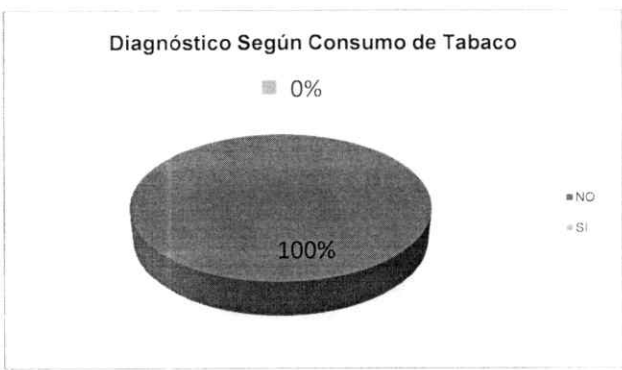


Figura 8. Diagnóstico Según Consumo de Tabaco

Diagnóstico Según Consumo de Tabaco	CANT	%
No	10	100,00 %
Si	0	0,00 %
TOTALES	10	100 %

En el consumo social o moderado de alcohol muestra que hay bajo consumo en los niveles de licor entre el personal. Figura 9.



Figura 9. Diagnóstico Según Consumo de Alcohol

Diagnóstico Según Consumo de Alcohol	CANT	%
No	8	77,78 %
Si	2	22,22 %
TOTALES	10	100 %

En cuanto al desarrollo de actividad física 3 personas son sedentarias que corresponde al 22,22%, de la población y 7 personas con el 77,78%, desarrollan algún tipo de actividad física. Como muestra la Figura 10.

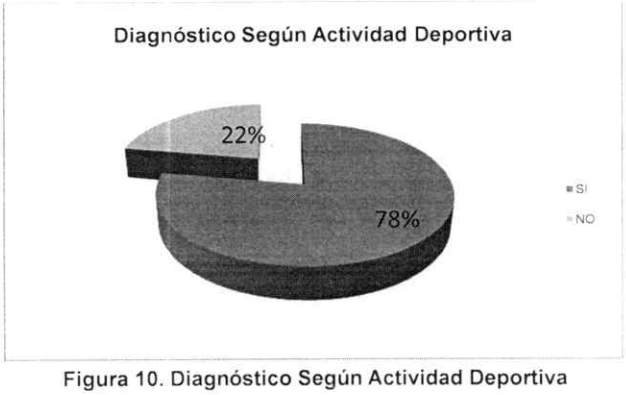


Figura 10. Diagnóstico Según Actividad Deportiva

Diagnóstico Según Actividad Deportiva	CANT	%
Si	7	77,78 %
No	3	22,22 %
TOTALES	10	100 %

Dentro de los hallazgos del examen físico se encontró un 66,67% del personal con SOBREPESO, 22,22% del personal con OBESIDAD GRADO II, 11,11% del personal con PESO NORMAL. Como se evidencia en la Figura 11.

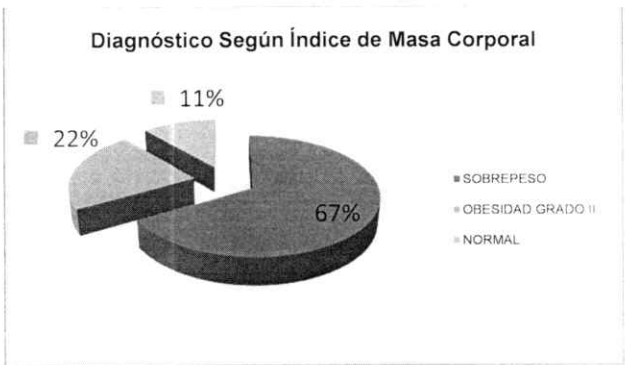


Figura 11. Diagnóstico Según Índice de Masa Corporal

Diagnóstico Según Índice de Masa Corporal	CANT	%
Sobrepeso	7	66,67 %
Obesidad grado ii	2	22,22 %
Normal	1	11,11 %
TOTALES	10	100 %

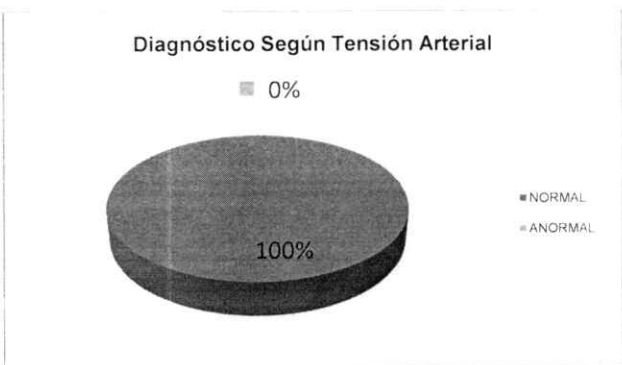


Figura 12. Diagnóstico Según Tensión Arterial

Diagnóstico Según Tensión Arterial	CANT	%
Normal	10	100,00 %
Anormal	0	0,00 %
TOTALES	10	100 %

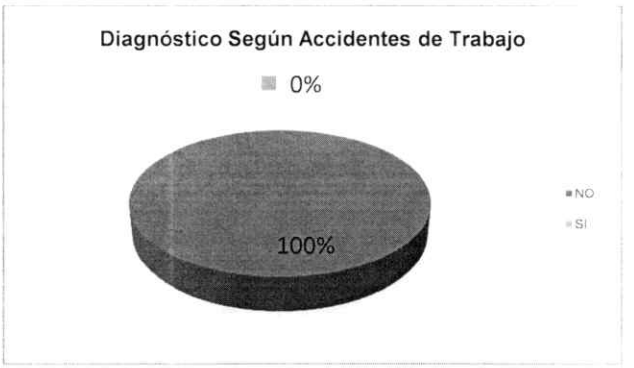


Figura 13. Diagnóstico Según Accidentes de Trabajo

Diagnóstico Según Accidentes de Trabajo	CANT	%
No	10	100,00 %
Si	0	0,00 %
TOTALES	10	100 %

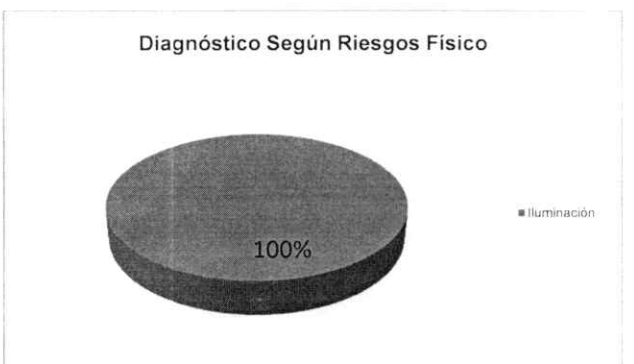


Figura 14. Diagnóstico Según Riesgos Físico

Diagnóstico Según Riesgos Físico	CANT	%
Iluminación	0	100,00 %
TOTALES	0	100 %

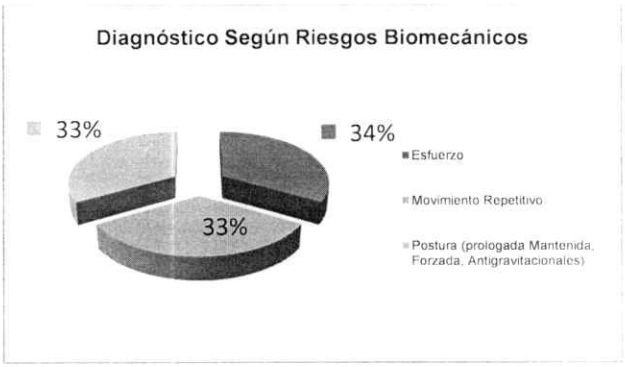


Figura 15. Diagnóstico Según Riesgos Biomecánicos

Diagnóstico Según Riesgos Biomecánicos	CANT	%
Esfuerzo	10	33,33 %
Movimiento repetitivo	10	33,33 %
Postura (prologada mantenida, forzada, antigravitacionales)	10	33,33 %
TOTALES	30	100 %

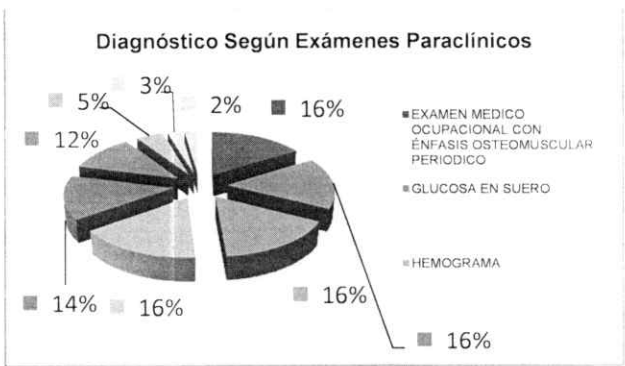


Figura 16. Diagnóstico Según Exámenes Paraclínicos

Diagnóstico Según Exámenes Paraclínicos	CANT	%
Examen médico ocupacional con énfasis osteomuscular periódico	7	16,28 %
Glucosa en suero	7	16,28 %
Hemograma	7	16,28 %
Perfil lipidico (trigliceridos+colesterol t+ hdl)	7	16,28 %
Visiometria	7	13,95 %
Optometría	7	11,63 %
Electrocardiograma de ritmo o de superficie sod	2	4,65 %
Examen médico ocupacional con enfasis osteomuscular egreso	2	2,33 %
Examen medico ocupacional de ingreso	1	2,33 %
TOTALES	44	100 %

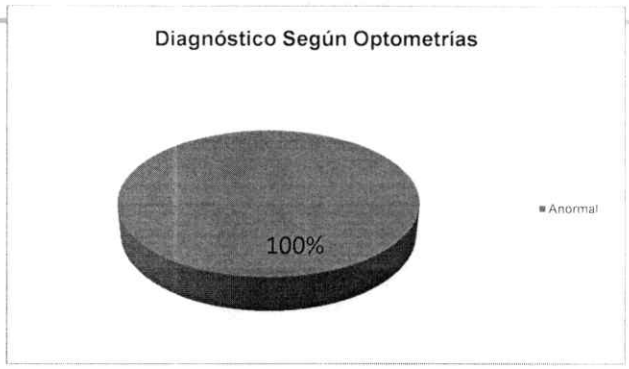


Figura 17. Diagnóstico Según Optometrías

Diagnóstico Según Optometrías	CANT	%
Anormal	7	100,00 %
TOTALES	7	100 %

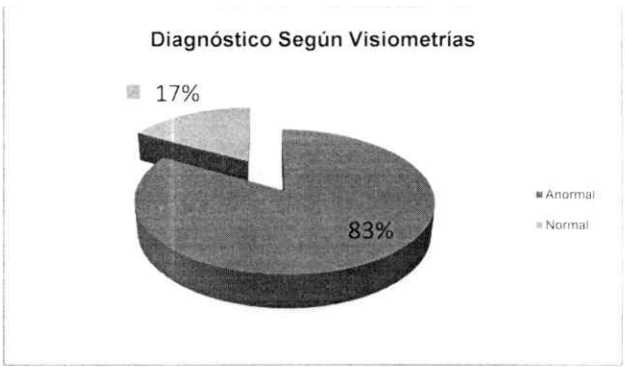


Figura 18. Diagnóstico Según Visiometria

Diagnóstico Según Visiometria	CANT	%
Anormal	7	83,33 %
Normal	3	16,67 %
TOTALES	10	100 %

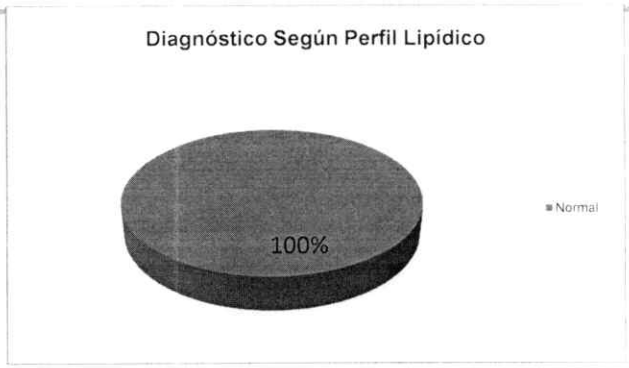


Figura 19. Diagnóstico Según Perfil Lipídico

Diagnóstico Según Perfil Lipídico	CANT	%
Normal	7	100,00 %
TOTALES	7	100 %

Según el análisis por Concepto de Aptitud y el Diagnostico de Salud del Trabajo construido por los Exámenes Médico Laborales para la empresa, se establece lo siguiente: PUEDE CONTINUAR EN EL CARGO DESEMPEÑADO 7 dentro del total de exámenes realizados que corresponde al 77,78%, SANO (EXAMEN MÉDICO FAVORABLE) 2 dentro del total de exámenes realizados que corresponde al 11,11%, APTO SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO 1 dentro del total de exámenes realizados que corresponde al 11,11%, es de anotar que las patologías se convierten en restricciones temporales para algunas de las actividades laborales, pues la mayoría de ellas son reversibles es decir se pueden corregir en poco tiempo. Figura 20.

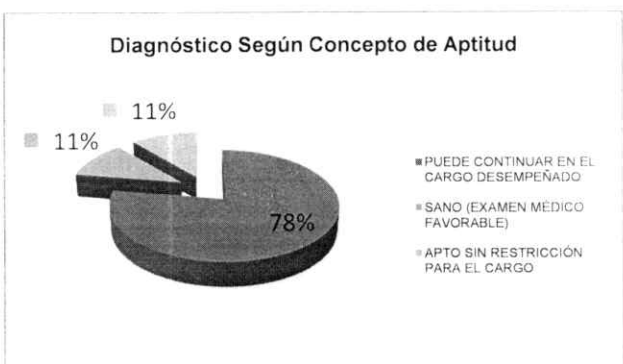


Figura 20. Diagnóstico Según Concepto de Aptitud

Diagnóstico Según Concepto de Aptitud	CANT	%
Puede continuar en el cargo desempeñado	7	77,78 %
Sano (examen médico favorable)	2	11,11 %
Apto sin restricción para el cargo	1	11,11 %
TOTALES	10	100 %

Según el Diagnostico de Salud del Trabajo, la morbilidad de la población a estudio para la empresa se encontró la siguiente:

De acuerdo con el Diagnóstico de Salud del Trabajo elaborado a partir de los exámenes médico-ocupacionales realizados al personal operativo y administrativo de la Contraloría Departamental del Guainía durante el periodo comprendido entre el 01 de febrero de 2025 y el 13 de diciembre de 2025, se identificó la siguiente morbilidad en la población evaluada

La morbilidad predominante corresponde a las enfermedades del ojo y sus anexos, las cuales representan el 39,13 % de los diagnósticos identificados, situación coherente con las actividades laborales que implican uso prolongado de pantallas, lectura continua y trabajo administrativo, lo cual genera fatiga visual y alteraciones refractivas.

En segundo lugar, se evidencian los factores que influyen en el estado de salud y el contacto con los servicios de salud, con un 30,43 %, asociados principalmente a controles médicos, seguimientos preventivos y hallazgos clínicos sin patología definida.

Así mismo, se identifican síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio no clasificados en otra parte con un 13,04 %, lo que indica la necesidad de seguimiento clínico para descartar patologías de base.

En menor proporción, se presentan enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas con un 8,70 %, relacionadas principalmente con el sobrepeso y obesidad, condiciones evidenciadas en el análisis del índice de masa corporal.

Finalmente, se reportan de manera aislada enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo y enfermedades del sistema respiratorio, cada una con un 4,35 %, las cuales guardan relación con la exposición a riesgos biomecánicos como posturas prolongadas, movimientos repetitivos y esfuerzo físico moderado propios de las labores administrativas.

Todo esto como conclusión de los parámetros y Paraclínicos evaluados. Figura 21.

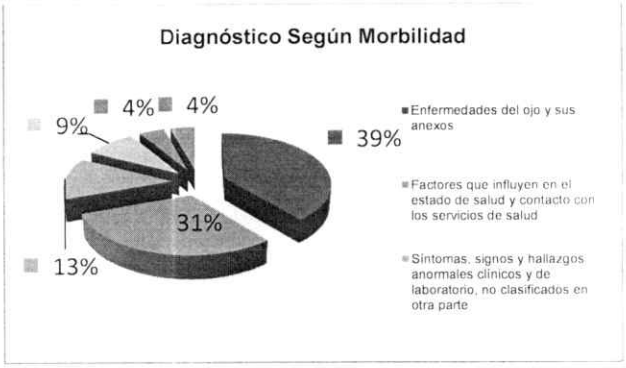


Figura 21. Diagnóstico Según Morbilidad

Diagnóstico Según Morbilidad	CANT	%
Enfermedades del ojo y sus anexos	9	39,13 %
Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud	7	30,43 %
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	3	13,04 %
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2	8,70 %
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	1	4,35 %
Enfermedades del sistema respiratorio	1	4,35 %
TOTALES	23	100 %

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La población trabajadora de la Contraloría Departamental del Guainía presenta, en general, condiciones de salud favorables, evidenciadas en la ausencia de accidentes de trabajo, la normalidad en las cifras de tensión arterial y un adecuado concepto de aptitud laboral en la mayoría de los evaluados
2. Se identifica como principal problemática de salud la afectación visual, reflejada en la alta prevalencia de enfermedades del ojo y alteraciones en optometría y Visiometria, asociadas al uso continuo de pantallas y trabajo administrativo prolongado.
3. El análisis del índice de masa corporal evidencia una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad, lo cual constituye un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles y trastornos osteomusculares a mediano y largo plazo.

4. Los riesgos biomecánicos (posturas prolongadas, movimientos repetitivos y esfuerzo) están presentes en el 100 % de la población evaluada, lo que hace necesario fortalecer las medidas de prevención ergonómica, aunque actualmente no se evidencian lesiones graves asociadas.
5. Los estilos de vida saludables muestran resultados positivos en cuanto a bajo consumo de tabaco y alcohol, así como una alta proporción de trabajadores físicamente activos, lo que constituye un factor protector para la salud laboral.

RECOMENDACIONES

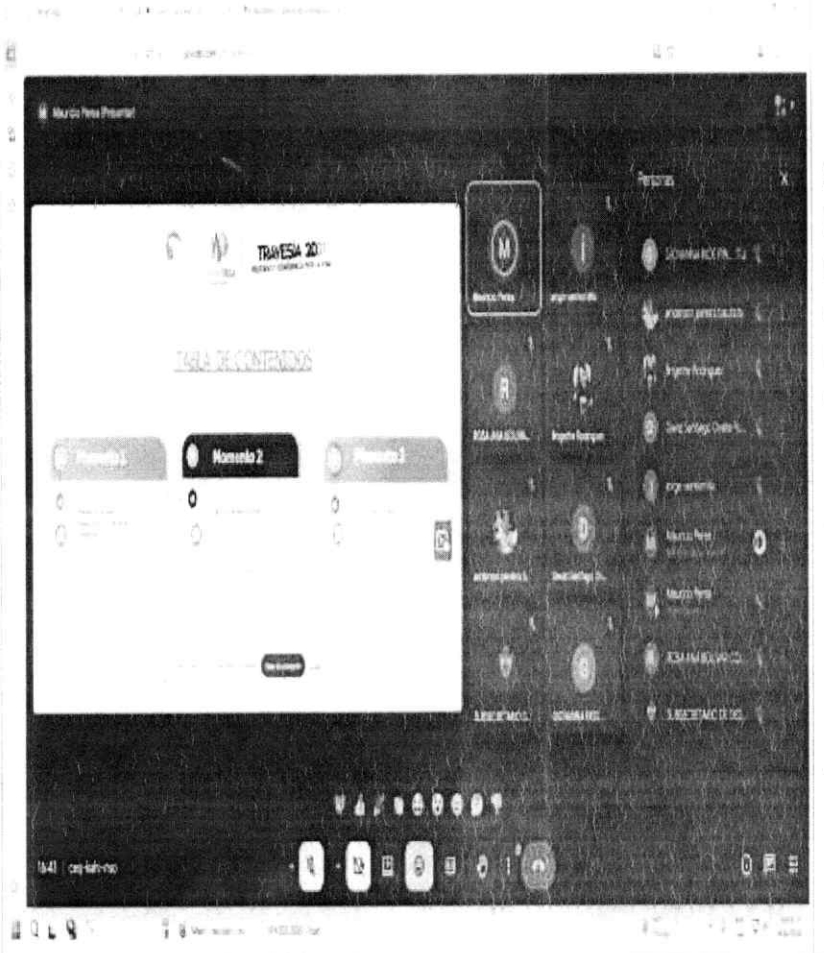
- ✓ Fortalecer el Programa de Vigilancia Epidemiológica Visual, garantizando controles periódicos de optometría y Visiometria, así como la adecuación de condiciones de iluminación y pausas visuales durante la jornada laboral
- ✓ Implementar y reforzar medidas de intervención ergonómica, incluyendo:
  - Pausas activas programadas durante la jornada.
  - Adecuación de puestos de trabajo (sillas ergonómicas, altura adecuada de escritorios y monitores).
  - Capacitación en higiene postural y prevención del riesgo biomecánico.
- ✓ Desarrollar estrategias de promoción de estilos de vida saludables, orientadas al control del peso corporal, alimentación balanceada y actividad física regular, con seguimiento al personal con sobrepeso u obesidad.
- ✓ Mantener la realización periódica de exámenes médico-ocupacionales con énfasis osteomuscular y paraclínicos, permitiendo la detección temprana de alteraciones en la salud y la toma oportuna de acciones preventivas.
- ✓ Continuar con el fortalecimiento del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo, garantizando el seguimiento al concepto de aptitud laboral y la implementación de acciones correctivas y preventivas derivadas del diagnóstico de condiciones de salud

NAVARRO COMAS LORENA PATRICIA
MEDICO ESPECIALISTA EN SST
L.S.O. 001

320 888 1046
lopanaco@gmail.com
lopanaco@hotmail.com
Calle 16 N 9 - 26 Local 1
Frente Urgencias

FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO.

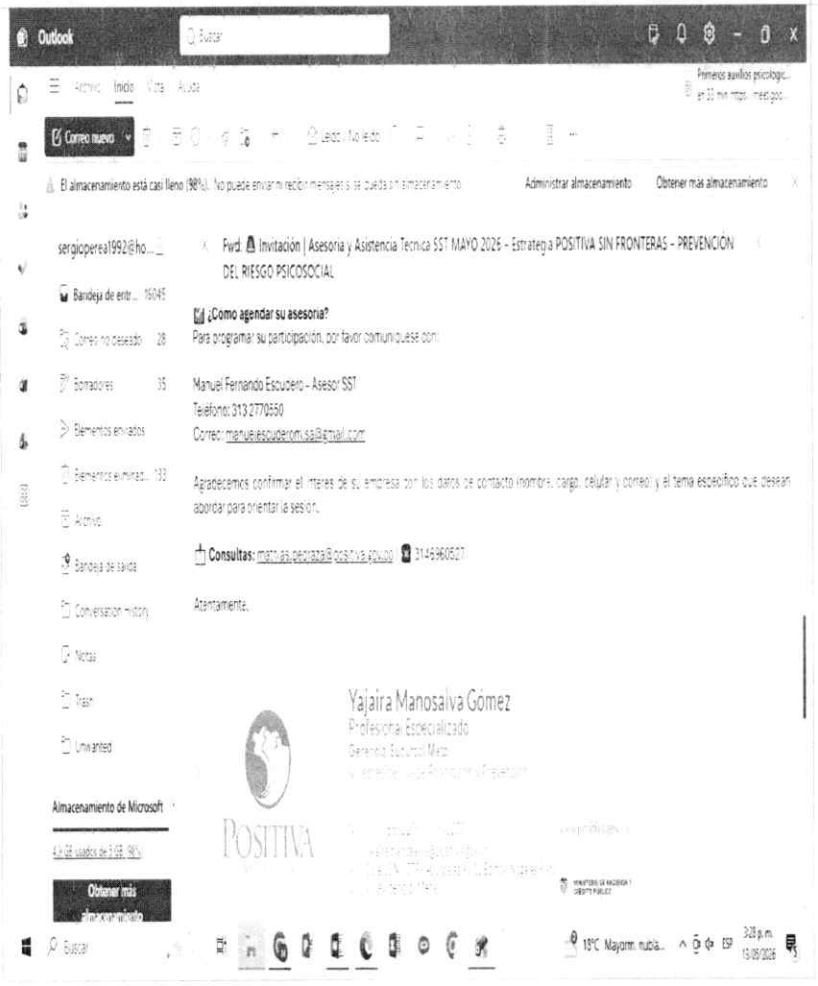
NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: CAPACITACION INSPECCIONES PANEADAS
FECHA: 15 DE ABRIL DEL 2026

EVIDENCIA	DESCRIPCIÓN.
	SE REALIZA CAPACITACION EN INSPECCION PLANEADAS PARA LOS FUNCIONARIOS DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA E INTEGRANTES DEL COPASST PARA VERIFICAR LOS EQUIPOS, HERRAMIENTAS, INFRAESTRUCTURA, SITIOS DE TRABAJO, EQUIPOS CONTRA EMERGENCIAS, PARA IDENTIDICACION DE POSIBLES FALENCIAS AL INTERIOR DE LA ENTIDAD Y PODER DARLE PRONTA SOLUCION.

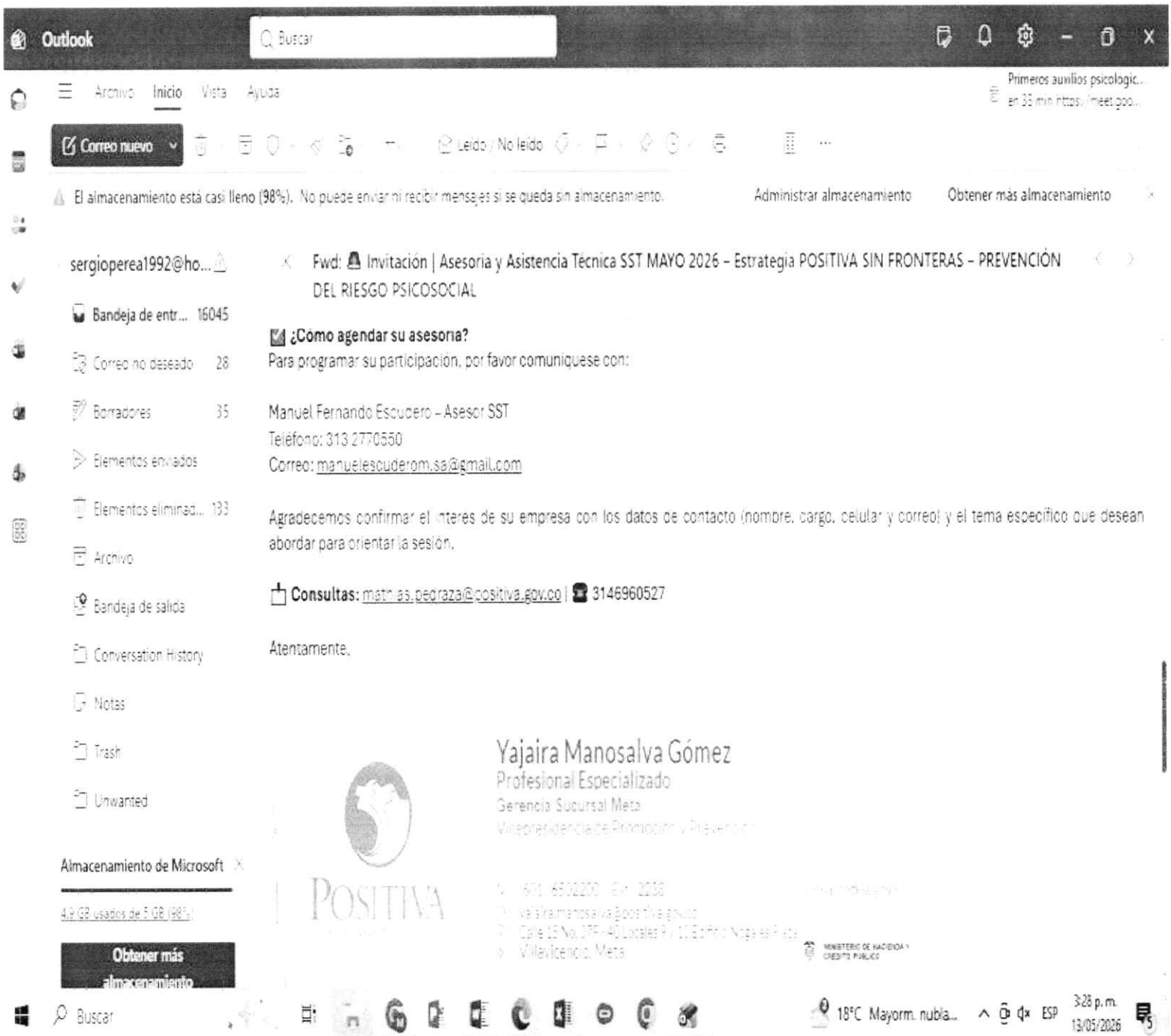
Responsable: SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA.
Cargo: COORDINADOR SG-SST

FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: INSPECCION PLANEADA INFRAESTRUCTURA
FECHA: 20 DE ABRIL DEL 2026

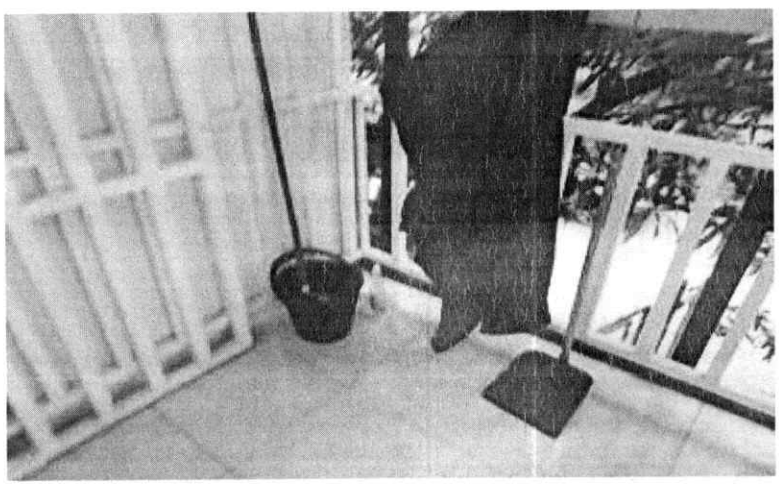
EVIDENCIA	DESCRIPCIÓN.
	SE REALIZA LA COMUNICACIÓN A LOS FUNCIONARIOS DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUANIA LA CAPACITACION EN TEMAS DE RIESGOS PSICOSOCIAL QUE OFRECE LA ARL POSITIVA PARA CONOCIMIENTO EN GENERAL

Responsable: SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA.
Cargo: COORDINADOR SG-SST


Outlook
Buscar
Archivo Inicio Vista Ayuda
Correo nuevo
El almacenamiento está casi lleno (98%). No puede enviar ni recibir mensajes si se queda sin almacenamiento.
Administrar almacenamiento
Obtener más almacenamiento
sergioperea1992@ho...
Bandeja de entr... 16045
Correo no deseado 28
Borradores 35
Elementos enviados
Elementos eliminad... 133
Archivo
Bandeja de salida
Conversation History
Notas
Trash
Unwanted
Almacenamiento de Microsoft
4,9 GB usados de 5 GB (98%)
Obtener más almacenamiento
Fwd: Invitación | Asesoria y Asistencia Técnica SST MAYO 2026 – Estrategia POSITIVA SIN FRONTERAS – PREVENCIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL
¿Cómo agendar su asesoria?
Para programar su participación, por favor comuniquese con:
Manuel Fernando Escucero – Asesor SST
Teléfono: 313 2770550
Correo: manuelescuderom.sa@gmail.com
Agradecemos confirmar el interes de su empresa con los datos de contacto (nombre, cargo, celular y correo) y el tema especifico que desean abordar para orientar la sesión.
Consultas: matias.pedraza@positiva.gov.co | 3146960527
Atentamente,
Yajaira Manosalva Gómez
Profesional Especializado
Gerencia Sucursal Meta
Vicepresidencia de Promoción y Prevención
POSITIVA
Buscar
18°C Mayorm. nubla...
ESP
3:28 p.m.
13/05/2026

FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: ORDEN Y ASEO DE LA CONTRALORIA
FECHA: 22 DE ABRIL DEL 2026

EVIDENCIA	DESCRIPCIÓN.
 	SE REALIZA LA VISUALIZACION DE LAS CONDICIONES EN ORDEN Y ASEO DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA EN EL CUAL SE EVIDENCIA QUE SE MANTIENE LIMPIO LA ENTIDAD DIARIAMENTE, LOS FUNCIONARIOS SON CONCIENTES QUE SE DEBE MANTENER LOS PUESTOS DE TRABAJO ORGANIZADO PARA LA ATENCION DEL PUBLICO.

Responsable: SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA.
Cargo: COORDINADOR SG-SST

CONTRALORÍA
DEPARTAMENTAL DEL GUAINÍA
Nit. 892000495-9

CIRCULAR INTERNA No 009

DE: DESPACHO DEL CONTRALOR - ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA.

PARA: FUNCIONARIOS Y CONTRATISTAS DE LA ENTIDAD.

ASUNTO: CAPACITACIÓN INTERNA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, DANDO CUMPLIMIENTO AL CONTRATO CDG-CD-007-2026.

FECHA: 28 DE ABRIL DE 2026

Cordial saludo,

En forma atenta, respetuosamente me dirijo a ustedes, **funcionarios** y **contratistas** de este ente de control, informando que se realizará una **capacitación** interna en **Seguridad y Salud en el Trabajo (SST)**, dando cumplimiento al contrato **CDG-CD-007-2026** en conjunto con el marco de las acciones de promoción y prevención institucional.

- **Fecha:** jueves 30 de abril
- **Hora:** 4:30 p. m.
- **Modalidad:** Virtual – el día de la capacitación se enviará el link de acceso a la capacitación.

Esta actividad tiene como propósito fortalecer la cultura de autocuidado, la prevención de riesgos laborales y el bienestar integral de todos los colaboradores.

Se solicita a funcionarios y contratistas estar atentos a la confirmación y a la información complementaria que será comunicada oportunamente.

La participación es fundamental para el fortalecimiento de nuestro Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Agradecemos su compromiso y puntual asistencia en esta capacitación.

Cordialmente,

CARLOS ALEJANDRO MONTOYA SANCHEZ
Contralor Departamental del Guainía

GIOVANNA RIOS PINEDA
Jefe Administrativa y Financiera

Calle 15 No 7 – 33 Inirida Guainía · Contacto 3118753590 –Correo: [illegible]
www.contraloria-guainia.gov.co

Se me notifico a los 28 días del mes abril del 2026.

JORGE HERNAN VIENTEMILLO SANDOVAL – jefe de Control Fiscal

ANGI ISABELA MELO LOPEZ – subdirectora Técnica

DAVID SANTIAGO OVALLE PUERTA – Subsecretario de Control Fiscal

GIOVANNA RIOS PINEDA – jefe Administrativa Financiera

ROSA ANA BOLIVAR CORREDOR – jefe de Responsabilidad Fiscal y Jurisdicción Coactiva

BRIGETHE BERONICA RODRIGUEZ GONZALEZ – Contratista

ANDERSON PEREIRA BAUTISTA – Contratista

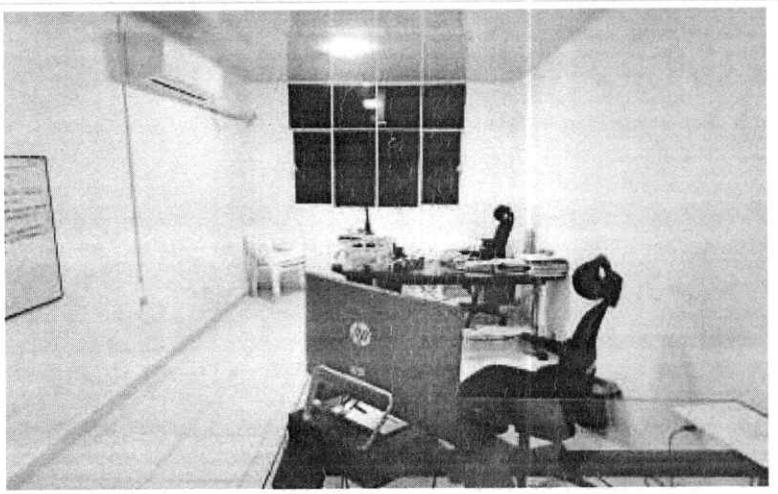
Gloria Agapito
GLORIA AGAPITO – Contratista

	Nombre y Apellido	Cargo	Firma
Proyectado por.	Brigethe Rodriguez Gonzalez	CPS Administrativa y Financiera	
Revisado y aprobado.	Giovanna Rios Pineda	Jefe Administrativa y Financiera	
Los funcionarios y contratistas mencionados declaramos que hemos revisado el documento y lo encontramos ajustado a las normas y disposiciones legales vigentes y, por lo tanto, bajo nuestra responsabilidad lo presentamos para firma.			

Calle 15 No 7 – 33 Inirida Guainía - Contacto 3118753590 –Correo: contactenos@contraloria-guainia.gov.co
www.contraloria-guainia.gov.co

FORMATO DE REGISTRO FOTOGRAFICO.

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: INSPECCION PLANEADA INFRAESTRUCTURA
FECHA: 29 DE ABRIL DEL 2026

EVIDENCIA	DESCRIPCIÓN.
 	SE REALIZA LA INSPECCION VISUAL DE LA INFRAESTRUCTURA DE LA CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA DONDE SE PUEDE EVIDENCIAR QUE SE ENCUENTRA EN OPTIMAS CONDICIONES DE ORDEN Y ASEO, NO PRESENTA DAÑOS ESTRUCTURALES, CUENTA CON PISO, TECHOS, VENTANAS Y PAREDES EN BUEN ESTADO PARA LA RECEPCION Y ATENCION AL PUBLICO.

Responsable: SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA.
Cargo: COORDINADOR SG-SST

PUERTO IRINIDA, 30 de abril del 2026.

Señores:
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.
CALLE 15 # 7 – 33

Asunto: EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES.

Por medio de la presente, se hace de su conocimiento, que se realizó el respectivo, REVISION DE LOS EXAMENES MEDICOS OCUPACIONALES de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA,** se evidencio la VERIFICACION de la fecha de realización de dicha documentación y tiene más de 1 año y medio en su realización, se recomienda que el personal que se presentó al médico en ese tiempo se realice el EXAMEN PERIODICO para verificación de su salud.

Dado lo anterior se remite muy respetuosamente para su evaluación y manejo.

Cordialmente,

SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA
COORDINADOR SST.
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
PUERTO IRINIDA - GUAINIA



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 7.653

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
12 DIA	01 MES	2024 AÑO	INÍRIDA (GUAINÍA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

RODRIGUEZ GONZALEZ BRIGETHE BERONICA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	FEMENINO	21 AÑOS 3 MESES 8 DIAS	CC Tipo	1006789315 Numero
Apellidos y Nombres				

Cargo
AUXILIAR ADMINISTRATIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL
SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA

Observaciones *APTA SIN RESTRICCIONES*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
	USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES ACTIVIDAD FISICA AEROBICA HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico	Aspirante o Trabajador
Firma	Firma:
Nombre: NAVARRO COMAS LORENA PATRICIA	Nombre: RODRIGUEZ GONZALEZ BRIGETHE BERONICA
R. M.: 94124213 L.S.O.: 001	CC: 1006789315



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.115

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	10 MES	2024 AÑO	INÍRIDA (GUAINÍA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
VEINTEMILLO SANDOVAL JORGE HERNAN	MASCULINO	47 AÑOS 8 MESES 20 DÍAS	Tipo: CC	Número: 18256419

Cargo
JEFE CONTROL FISCAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR EN EL CARGO DESEMPEÑADO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR PERIODICO	✓
HEMOGRAMA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HÁBITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES	HACER DEPORTE
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	CONTROL NUTRICIONAL
CONTROL DE PERFIL LIPÍDICO EN SU EPS	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	DIETA ESTRICTA BAJA EN GRASAS Y HARINAS
CONTROL NUTRICIONAL SOBREPESO	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO VISUAL	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUEN ESTADO GENERAL, SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS, EXAMEN OSTEOMUSCULAR MOVILIDAD CONSERVADA. OPTOMETRIA ANORMA CORREGIDA. HEMOGRAMA NORMAL. PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR.

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

Médico

Firma: Lorena Navarro Comas

Nombre: NAVARRO COMAS LORENA

R. M. 94124213 L.S.O.: 001

Código de Seguridad
V511B1H10115

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: VEINTEMILLO SANDOVAL JORGE HERNAN

CC: 18256419

La Salud y Seguridad son nuestra Prioridad

Lorena Navarro Comas



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.113

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	10 MES	2024 AÑO	INÍRIDA (GUAINÍA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
RIOS PINEDA GEOVANNA	FEMENINO	43 AÑOS 4 MESES 9 DÍAS	Tipo: CC	Número: 42143906

Cargo
ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR EN EL CARGO DESEMPEÑADO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR PERIODICO	✓
HEMOGRAMA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTINUAR MANEJO MÉDICO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES	CONTROL DE PESO
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA
VALORACIÓN POR NUTRICIÓN EN SU EPS	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	HACER DEPORTE
CONTROL NUTRICIONAL OBESIDAD I	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO VISUAL	CONTROL NUTRICIONAL
	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO CARDIOVASCULAR	DIETA ESTRICTA BAJA EN GRASAS Y HARINAS
		REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUEN ESTADO GENERAL. SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS, EXAMEN OSTEOMUSCULAR MOVILIDAD CONSERVADA SIN ALTERACION HEMOGRAMA NORMAL. OPTOMETRIA ANORMA CORREGIDA CON LENTES. PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR

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

Médico **Aspirante o Trabajador**

Firma:

Nombre: NAVARRO COMAS LORENA

R. M. 94124213 L.S.O.: 001

Código de Seguridad
M511S1Y10113

Firma:

Nombre: RIOS PINEDA GEOVANNA

CC: 42143906



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.117

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	10 MES	2024 AÑO	INÍRIDA (GUAINÍA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OVALLE PUERTA DAVID SANTIAGO	MASCULINO	29 AÑOS 1 MESES 19 DIAS	CC (Tipo)	1121928777 (Número)

Cargo
SUBSECRETARIO DE CONTROL FISCAL

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR EN EL CARGO DESEMPEÑADO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR PERIODICO	✓
HEMOGRAMA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO PSICOSOCIAL	HACER DEPORTE
CONTROL CON ESPECIALISTA EN SU EPS	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA
	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	
	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO VISUAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUEN ESTADO GENERAL, SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS, EXAMEN OSTEOMUSCULAR MOVILIDAD CONSERVADA. OPTOMETRIA ANORMAL CORREGIDA CON LENTES. HEMOGRAMA NORMAL

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

Médico

Firma: Lorena Navarro Comas

Nombre: NAVARRO LORENA

R. M. 94124213 L.S.O.: 001

Código de Seguridad
O511U1A10117

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: OVALLE PUERTA DAVID SANTIAGO

CC: 1121928777



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.116

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
31 DÍA	10 MES	2024 AÑO	INÍRIDA (GUAINÍA, COLOMBIA) Ciudad	EVALUACION MEDICO OCUPACIONAL ENFASIS OSTEOMUSCULAR PERIODICO

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA

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

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
MELO LOPEZ ANGI ISABELA	FEMENINO	27 AÑOS 6 MESES 9 DÍAS	CC (Tipo)	1032491257 (Número)

Cargo
PROFESIONAL DE APOYO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

PUEDE CONTINUAR EN EL CARGO DESEMPEÑADO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

OPTOMETRÍA	✓	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR PERIODICO	✓
HEMOGRAMA	✓		

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO PSICOSOCIAL	CONTROL DE PESO
VALORACIÓN POR EPS : ORTOPEDIA	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	HACER DEPORTE
	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	CONTROL NUTRICIONAL
	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO VISUAL	DIETA ESTRICTA BAJA EN GRASAS Y HARINAS
	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO OSTEOMUSCULAR	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUEN ESTADO GENERAL, SIN SINTOMAS RESPIRATORIOS, EXAMEN OSTEOMUSCULAR MOVILIDAD CONSERVADA, OPTOMETRIA ANORMAL CORREGIDO. HEMOGRAMA NORMAL. PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR.

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

Médico

Firma: Lorena Navarro Comas

Nombre: NAVARRO COMAS LORENA

R. M. 94124213 L.S.O.: 001

Código de Seguridad

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MELO LOPEZ ANGI ISABELA

CC: 1032491257



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.621

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
10 DÍA	01 MES	2025 AÑO	INÍRIDA (GUAINÍA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

PARTICULAR	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
Nombre de la empresa	Empresa en misión

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

PEREIRA BAUTISTA ANDERSON	Genero	Edad	Documento de Identificación	
	MASCULINO	37 AÑOS 1 MESES 30 DÍAS	CC (Tipo)	1121708378 (Número)
Apellidos y Nombres				

Cargo
APOYO TÉCNICO EN ARCHIVO

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓	

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	HACER DEPORTE
	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	CONTROL NUTRICIONAL
		REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MÍNIMO 30 MIN/DÍA

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUEN ESTADO GENERAL. OSTEOMUSCULAR NORMAL. APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR

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

Médico

Firma:

Nombre: NAVARRO LORENA

R. M. 94124213 L.S.O.: 001

Código de Seguridad
I511O1U10621

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: PEREIRA BAUTISTA ANDERSON

CC: 1121708378

CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL

Fecha y lugar:	26 de Junio 2021
Nombre:	Gloria Agapito
Identificación: 42547727 Edad: 50 años Genero: Femenino Grupo sanguíneo: O+	
Dirección: Barrio Porvenir Teléfono: 3204199272	Empresa: Contratista Cuadrilla de la Hacha Profesión/cargo: Sembrador cuadrilla Servicios Generales

CERTIFICADO DE APTITUD LABORAL DE:

INGRESO (✓) PERIODICO ( ) EGRESO ( ) ALTURA ( ) REINTEGRO ( )

MANUPULACION DE ALIMENTO ( ) OTRO ( ) CUAL: _____.

EXAMENES PARA MEDICOS REALIZADOS_____

CONCEPTO DE APTITUD:

APTO PARA SIN RESTRICCIONES	( )
APTO CON RESTRICCIONES	( )
APLAZADO	( )
NO APTO	( )

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES: SI ( ) NO (✓)

Remisión a su EPS:	[ ]	Uso de EPP según el riesgo	[ ]	Dejar de fumar	[ ]
Remisión a su ARL:	[ ]	Higiene postural	[ ]	Reducir consumo de alcohol:	[ ]
Seguimiento SVE:	[ ]	Pausas activas	[ ]	Control de peso:	[ ]
Seguir manejo medico:	[ ]	Evitar manipular cargas:	[ ]	Ejercicio físico:	[ ]
Valoración nutricional:	[ ]	Ayudas de movilidad	[ ]	Optometría.	[ ]

CONSIDERACIONES OCUPACIONALES ESPECIALES DECRETO 1374 DE 2020 POR COVID 19:

Según lineamientos del Ministerio de Salud y de acuerdo a la valoración médica realizada el usuario **NO PRESENTA** comorbilidades o condiciones que le ponen en riesgo de hacer complicaciones en caso de infección por COVID 19, de acuerdo a lo establecido en el Anexo Técnico del Decreto 1374 de 2020 y la Circular 30 de 2020, en su numeral 4."

Consentimiento informado

Autorizo al profesional abajo mencionado a que se me realice de manera voluntaria el examen médico ocupacional y o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización.

Teresita Arana Z.

TERESITA ARANA ZUÑIGA
Médico salud ocupacional

Gloria Agapito

TRABAJADOR 42547727

Teléfono: 320 494 2186

Señor trabajador, a partir de la fecha usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del especialista en seguridad y salud en el trabajo registrada en este documento. Declaración del aspirante: manifiesto con mi firma o huella que no omito datos relevantes de mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado de salud. Dando cumplimiento a la normatividad vigente resolución 2346 del 2007 y 1918 del 2009.

CONSULTORIO MEDICO *Lorena Navarro Cuevas*

Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 12.861

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
05 DÍA	01 MES	2026 AÑO	INÍRIDA (GUAINÍA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA

CIIU (Actividad Económica) del empleador:

SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
MONTOYA SANCHEZ CARLOS ALEJANDRO	MASCULINO	62 AÑOS 9 MESES 12 DÍAS	CC (Tipo)	17324987 (Numero)

Cargo

CONTRALOR DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA

EPS	AFP	ARL
SANITAS	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	HACER DEPORTE
	MANTENER ERGONOMIA DE COLUMNA	REALIZAR ACTIVIDAD FÍSICA MINIMO 30 MIN/DÍA
	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO VISUAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUEN ESTADO GENERAL, EXAMEN OSTEOMUSCULAR MOVILIDAD CONSERVADA, APTO PARA CARGO A DESEMPENAR

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

Médico

Firma:

Nombre: CC 1052949874 - LORENA NAVARRO

R. M.: 94124213 L.S.O.: 001

Código de Seguridad X511D1J12861

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: MONTOYA SANCHEZ CARLOS ALEJANDRO

CC: 17324987

CONSULTORIO MEDICO Lorena Navarro Comas
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo - Auditora ESE
3208880946 - Correo: lopanaco@gmail.com



N° 13.751

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	03 MES	2026 AÑO	INÍRIDA (GUAINÍA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
BOLIVAR CORREDOR ROSA ANA	FEMENINO	30 AÑOS 5 MESES 2 DIAS	CC (Tipo)	1121927650 (Número)

Cargo: JEFE RESPONSABILIDAD FISCAL Y JURISDICCION COACTIV

EPS	AFP	ARL
NO REFIERE	NO REFIERE	NO REFIERE

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ENFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES	HACER DEPORTE
	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MIN/DIA
	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUEN ESTADO GENERAL, EXAMEN OSTEOMUSCULAR MOVILIDAD CONSERVADA, AGUDEZA VISUAL ANORMAL CORREGIDO

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

Médico

Firma:

Nombre: CC 1052949874 - LORENA NAVARRO

R. M.: 94124213 **L.S.O.:** 001

Código de Seguridad: P511V1B13751

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: BOLIVAR CORREDOR ROSA ANA

CC: 1121927650

CONSULTORIO MEDICO Lorena Navarro Cortes

Medica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 14.007

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL
28 DIA	04 MES	2026 AÑO	INIRIDA (GUAINIA, COLOMBIA) Ciudad	EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR

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

Nombre de la empresa	Empresa en misión
CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA

CIIU (Actividad Económica) del empleador: SIN REGISTRAR

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

Apellidos y Nombres	Género	Edad	Documento de Identificación	
TRASLAVIÑA MONROY CARLOS DANIEL	MASCULINO	23 AÑOS 1 MESES 29 DIAS	CC (Tipo)	1006555786 (Número)

Cargo: SUBSECRETARIO DE DESPACHO

EPS	AFP	ARL
FAMISANAR	COLPENSIONES	POSITIVA

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL: APTO SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCION VISUAL	PAUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
EXAMEN VISUAL DE CONTROL EN UN AÑO	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS CON ÉNFASIS EN MIEMBROS SUPERIORES	HACER DEPORTE
	REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES	REALIZAR ACTIVIDAD FISICA MINIMO 30 MIN/DIA
	MANTENER ERGONOMÍA DE COLUMNA	
	INGRESAR AL SVE PARA RIESGO VISUAL	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

BUEN ESTADO GENERAL. SIN SINTOMAS RESPIRATORIO. EXAMEN OSTEOMUSCULAR MOVILIDAD CONSERVADA. AGUDEZA VISUAL ANORMAL CORREGIDO. APTO PARA CARGO A DESEMPEÑAR.

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

Médico

Firma:

Nombre: CC. 1052949874 - LORENA NAVARRO

R. M.: 94124213 L.S.O.: 001

Código de Seguridad: Y511E1K14007

Aspirante o Trabajador

Firma:

Nombre: TRASLAVIÑA MONROY CARLOS DANIEL

CC: 1006555786

INCIDENTES Y ACCIDENTES DE TRABAJO

CONTRALORÍA
DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
Nit 892000495-9

CORTE DEL 01/04/2026 AL 31/04/2026

CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	**Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo**	
	NIVEL 7: FORMATOS N°: FT-SST-108	
	☑ **SG-SST**	
FORMATO DE REPORTE DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES	**Fecha:** NOV/15/2023	
	Versión: 001	
	Página **1** de **1**	

GRAFICO DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES DEL MES DE ABRIL 2026.



DESCRIPCIÒN: la presente grafica representa los incidentes y accidentes de trabajo que se realizó durante el mes de **ABRIL 2026**, el cual se evidencia que NO se ha presentado incidente que pueda significar la materializacion del peligro y que puedo perjudicar la salud del funcionario de **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA,** causándoles alguna incapacidad parcial o inclusive la perdida de la vida humana.

RESPONSABLE:

CARGO: COORDINADOR SG-SST

Elaboró: Sergio Mauricio Perea Barbosa Profesional S.O	**Revisó:** GIOVANNA RIOS PINEDA SUPERVISORA	**Aprobó:** CARLOS ALEJANDRO MONTOYA Representante legal.	**Código:** FT-SST-108
			Fecha de modificación: NOV 15 de 2023

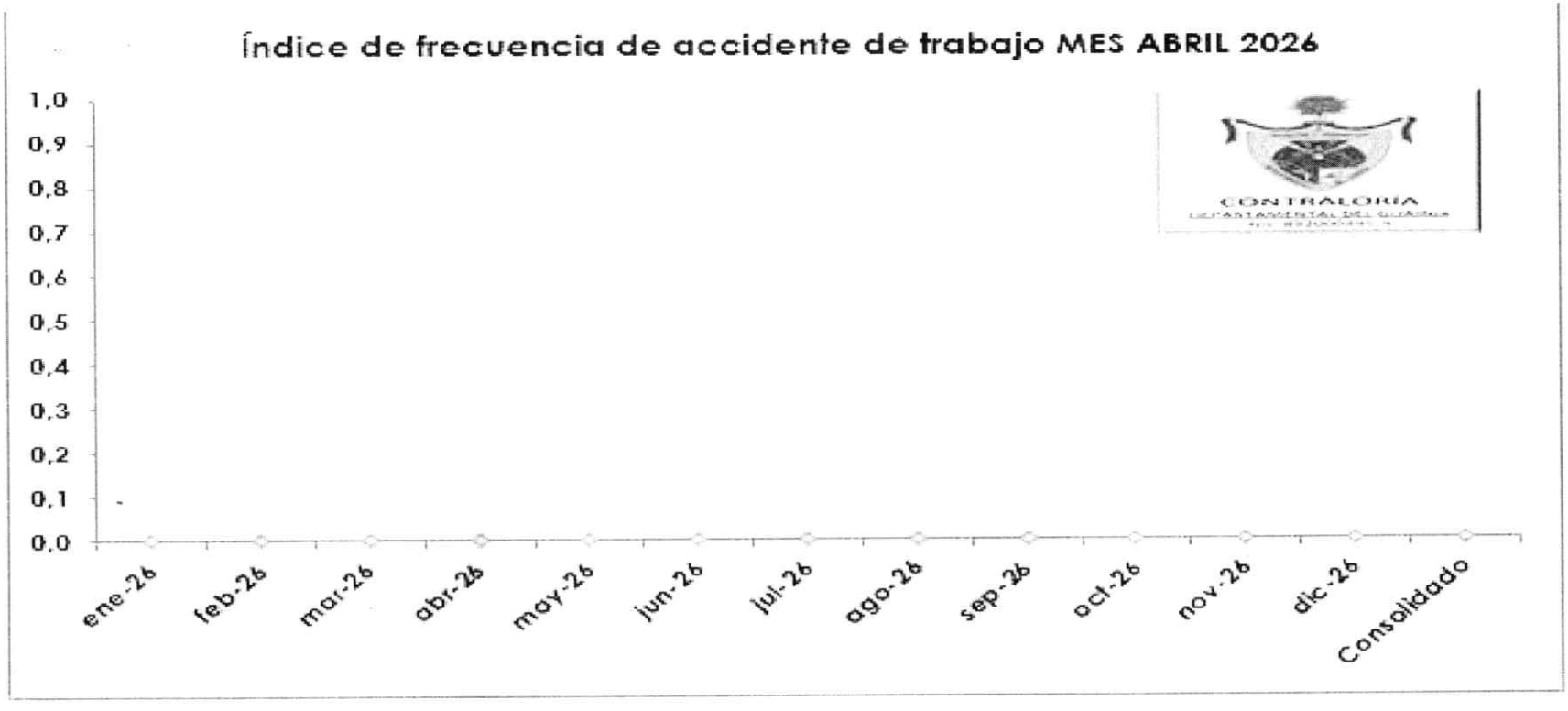
GRAFICO DE INVESTIGACIONES DE INCIDENTES, ACCIDENTES Y ENFERMEDADES LABORALES DEL MES DE ABRIL 2026.



DESCRIPCIÒN: la presente grafica representa las investigaciones de los incidentes y accidentes de trabajo durante el mes de **ABRIL 2026**, el cual se evidencia que no se ha presentado por el momento alguna eventualidad que pueda significar la materialización del peligro en la cual deba ser investigado y que pueda perjudicar la salud de los colaboradores de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE GUAINIA,** causándoles alguna incapacidad parcial o inclusive la perdida de la vida humana.

RESPONSABLE:

CARGO: COORDINADOR SG-SST



En la presente grafica se puede observar que durante el mes de **ABRIL 2026** no se presento casos de accidente laboral frecuente en los funcionarios dentro de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

NOMBRE: Sergio Perez Sta - SU

CARGO: Profesional SSI.

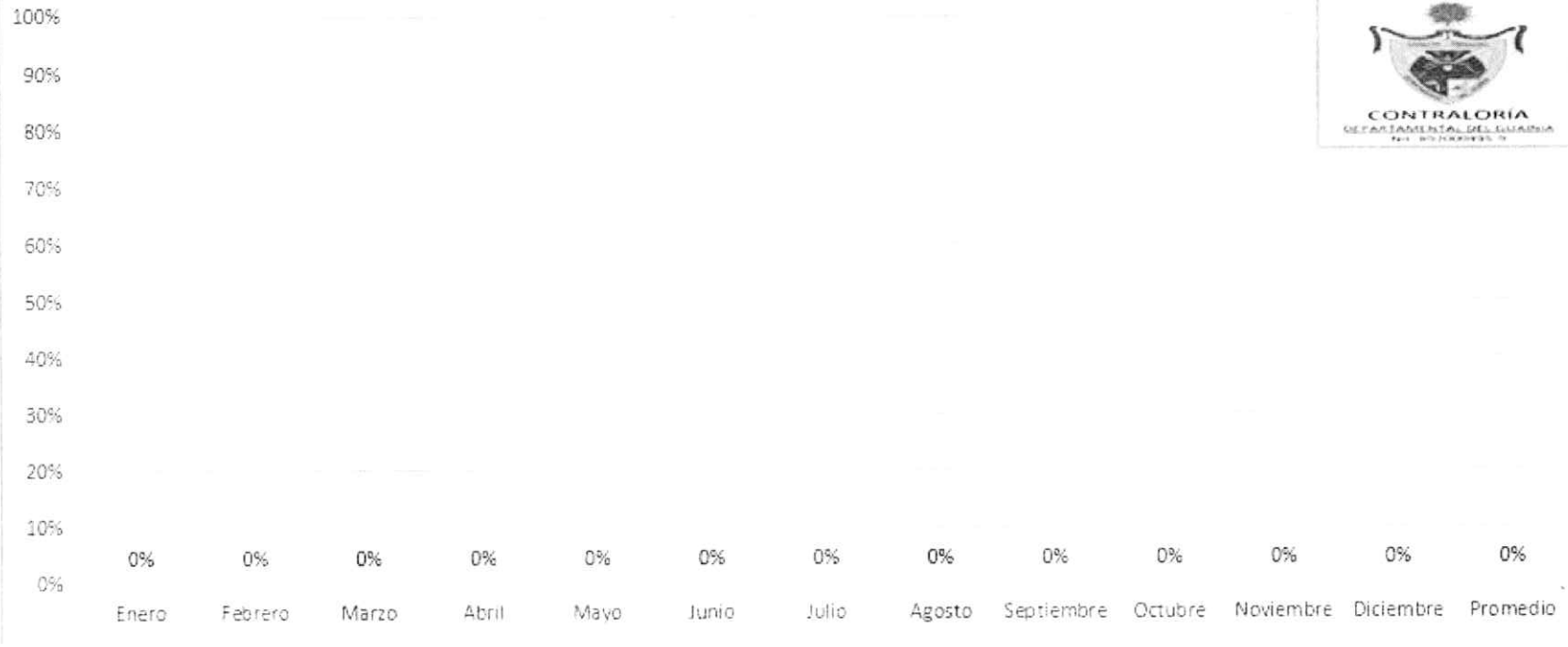


En la presente grafica se puede observar que durante el mes de **ABRIL 2026** no se presento casos de accidente laboral con severidad en los funcionarios dentro de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

NOMBRE: Sergio Jose Sanchez

CARGO: Profesional SST

PROPORCION DE ACCIDENTES DE TRABAJO MORTALES MES DE ABRIL 2026



CONTRALORÍA
DEPARTAMENTAL DEL GUAINÍA

En esta grafica se puede apreciar que durante el mes de **ABRIL 2026** no se presento cifras con casos de ACCIDENTES DE TRABAJOS MORTALES en los funcionarios dentro de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

NOMBRE: Sergio Perea Sterling

CARGO: Referente SST

PREVALENCIA DE LA ENFERMEDAD LABORAL MES DE ABRIL 2026

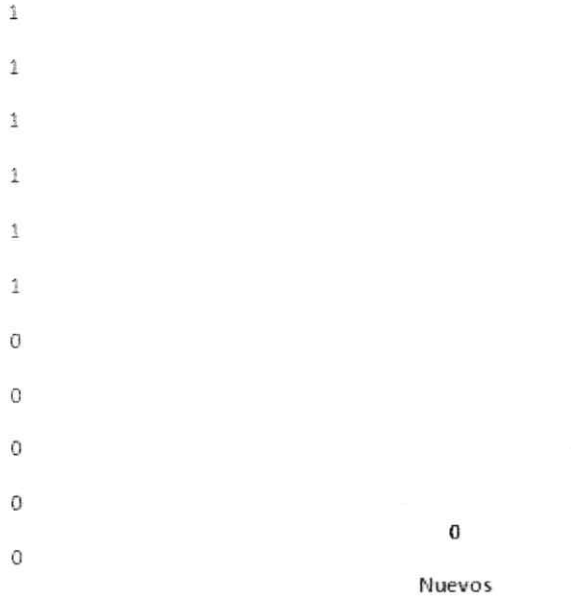


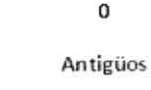
En esta grafica se puede apreciar que durante el mes de **ABRIL 2026** no se presentó cifras con ENFERMEDAD LABORAL dentro de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

NOMBRE: Sixto Pena Sterano

CARGO: profesional en SST.

CASOS E.L MES DE ABRIL 2026



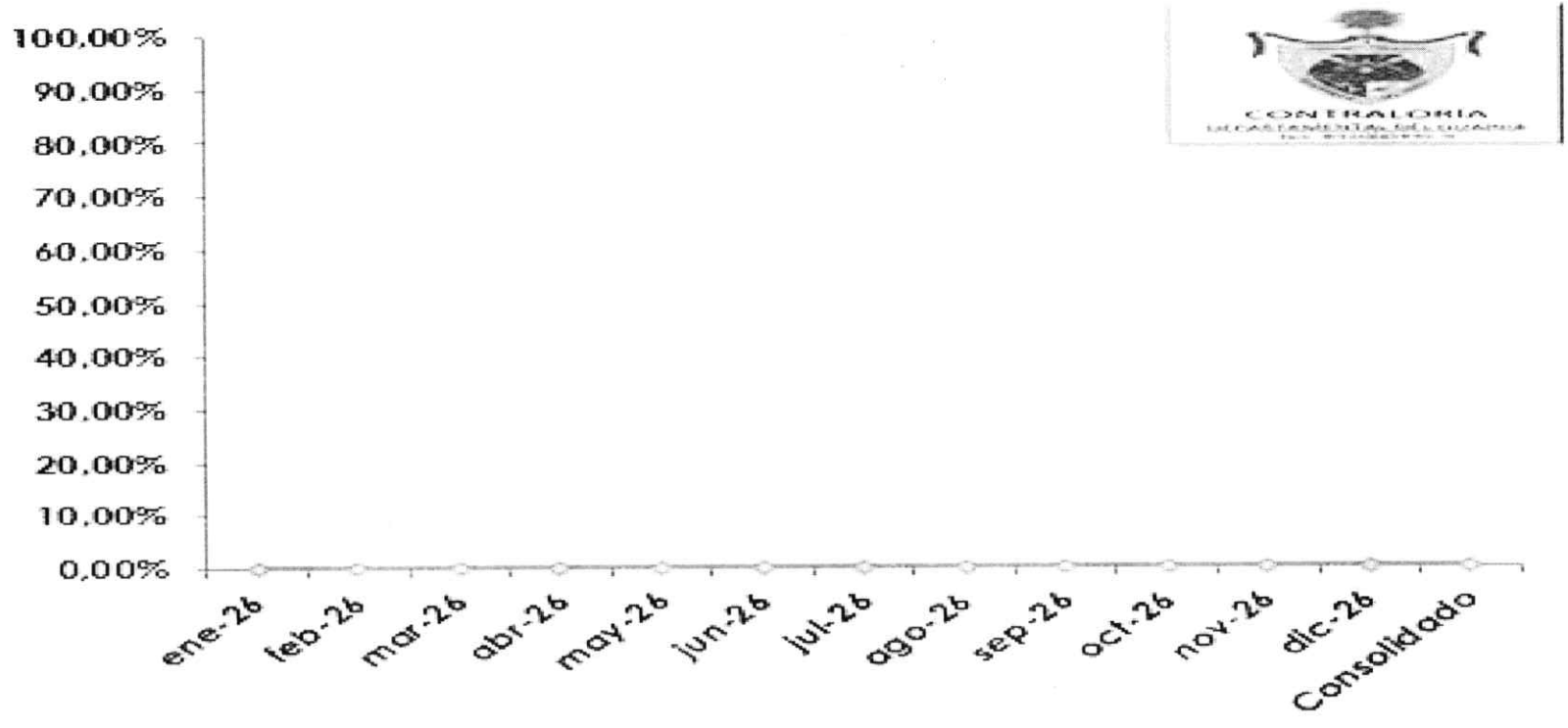


En esta grafica se puede observar que durante el mes de **ABRIL 2026** no se presentó cifras con casos de ENFERMEDAD LABORAL en los funcionarios dentro de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

NOMBRE: Segundo Perea Sterna

CARGO: profesional SST.

Tasa General de Ausentismo MES ABRIL 2026



En la presente grafica se puede observar que durante el mes de **ABRIL 2026** no se presentó casos de ausentimo laboral en los funcionarios dentro de la **CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA.**

NOMBRE: Sergio Perez Reyes

CARGO: Profesional de SST

INSPECCIONES Y PERMISOS DE TRABAJO.

CONTRALORÍA
DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
N.I 892000495-9

CORTE DEL 01/04/2026 AL 28/04/2026

FICHA DE EVALUACIÓN Y/O INSPECCION

Cumple: 1 No cumple: 0 No aplica: X

Fecha: 06/04/2026 **Área Inspeccionada:** Instalaciones Contraloría

Responsable de la Inspección: Sergio Mauricio Perea

INDICADOR	ASPECTO CONSIDERADO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
Condiciones de seguridad (10%)	Funcionamiento de las luminarias	X		
	Cables eléctricos canalizados	X		
	Mesa de trabajo sin vidrio	X		
	Las sillas son adecuadas	X		
	Las posturas son ergonómicas	X		
	Sistema de ventilación se encuentra en buen estado	X		
	Ventanas y vidrios en buen estado	X		
	Los pasillos de circulación están señalizados	X		
	Paredes en buen estado	X		
	Los peldaños de las escaleras (cuentan con pasamanos, antideslizantes y están en buen estado)	X		
	Los techos están en buen estado	X		
	Las áreas de almacenamiento se encuentran señalizadas	X		
	Señalización de información y de prevención en cuanto al área y las vías de evacuación	X		
	Extintores o equipos contra incendios con su respectiva señalización	X		
	Hay ruido	X		
	Espacios adecuados en el lugar de trabajo	X		
	Los toma corrientes están protegidos y con identificación de voltajes	X		
	El estado del equipo de protección personal			X
	Ha recibido inducción para la utilización del equipo de protección personal			X
	Elementos regados o tirados	X		
	los elementos y materiales en general almacenados o archivados se tiene identificados	X		

	Los lugares de archivo, y almacenamiento se clasifican por tamaño, forma y peso	X		
	Se realiza inducción al puesto, por los jefes encargados	X		
	Pausas activas durante la jornada laboral	X		
	Mantenimiento preventivo a las herramientas de trabajo	X		
	En el puesto hay manual de procedimientos	X		
Manejo de residuos (30%)	Los recipientes existentes son suficientes	X		
	Los recipientes se encuentran pintados con el color correspondiente.	X		
	Los recipientes están identificados y debidamente señalizados	X		
	El personal hace selección y separación adecuada de los residuos	X		
	Se cumple con la frecuencia para llevar los recipientes al centro de acopio asignado	X		
Utilización de recursos (30%)	Se reportan los daños de los equipos	X		
	Se reportan las fugas de agua	X		
	Se reportan las daños de los servicios sanitarios oportunamente	X		
	Se dejan los equipos encendidos innecesariamente	X		
	Se deja el aire acondicionado encendido innecesariamente	X		
	Se dejan luces encendidas innecesariamente	X		
	Se reciclan los materiales y se les da buen uso	X		
Orden y aseo (20%)	Orden de mesas, sillas, escritorios	X		
	Baños de damas y caballeros se encuentran en buen estado	X		
	Vías de circulación y/o evacuación sin obstáculos	X		
	Cajones y escritorios en orden	X		
	Hay elementos que no pertenecen al área	X		
	Los pisos se encuentran limpios	X		
	La ubicación de implementos de aseo es la adecuada	X		

	Los desechos están identificados y localizados	X		
	Los objetos personales están ubicados en casilleros			X
	Las canecas existes son suficientes para la producción de desechos	X		
	Las ventanas se encuentran limpias	X		
	Las paredes se encuentran limpias	X		
	La señalización existente esta en buen estado y limpia	X		
	Los servicios sanitarios están dotados de papeleras.	X		
	Los servicios sanitarios están dotados de papel higiénico y dispensadores de papel.	X		
	La información que contienen los avisos y carteleras, es legible y actualizada	X		
	Los empleados tiene buena presentación personal	X		
Estado de las instalaciones (10%)	Las paredes se encuentran en buen estado	X		
	Pisos se encuentran en buen estado	X		
	Los casilleros se encuentran en buen estado	X		
	Ventanas y vidrios en buen estado	X		
	Techos en buen estado	X		
	Lámparas en buen estado	X		
	Baños damas y caballeros están en buen estado	X		
	Lavaplatos, posetas o lavamanos están en buen estado	X		
	Las puertas están en buen estado	X		
	Fumigación	X		
	Las canecas se encuentran tapadas	X		

Firma del Responsable: Sergio Perea STES or SW

PROGRAMA DE ORDEN, ASEO Y LIMPIEZA

OBSERVACIONES

AREA: instalaciones **FECHA:** 06/04/2026

Condiciones de seguridad: Se presenta Buenas condiciones de seguridad.
Manejo de residuos: la recolección de residuos se hace esporadicamente
Utilización de recursos: los recursos se utilizan de acuerdo a su necesidad.
Orden y aseo: Se evidencia constantemente el orden y aseo de las instalaciones.
Estado de las instalaciones: Se encuentra en Buen estado

	GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CÓDIGO: FT-SST-130
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MOTOCICLETAS	FECHA: 10/05/2024

MES Y AÑO DE INSPECCIÓN :	ABRIL 2026	NOMBRE DEL CONDUCTOR		CARGO:	

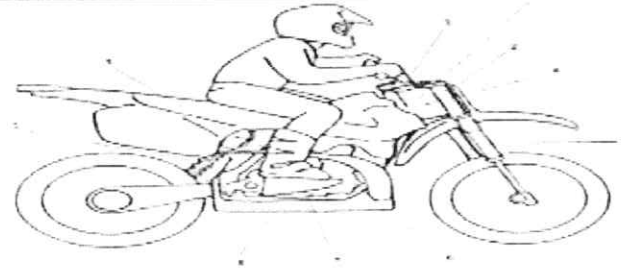
DATOS Y DOCUMENTOS DE LA MOTOCICLETA Y CONDUCTOR

PLACA MOTOCICLETA	HWQ 31F	MODELO		CILINDRAJE	155 CC	MARCA	yamaha
NUMERO SOAT		FECHA DE VENCIMIENTO SOAT		TARJETA DE PROPIEDAD			
FECHA DE EXPEDICIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA DEL CONDUCTOR				FECHA ÚLTIMA REVISIÓN TECNOMECÁNICA			
NÚMERO DE CÉDULA DEL CONDUCTOR		EPS		ARL		NÚMERO DE PLACA	

ASPECTOS A TENER EN CUENTA DENTRO DE LA INSPECCIÓN

Realice la inspección preoperacional de su motocicleta diariamente teniendo en cuenta los siguientes aspectos :

-Revise los dos costados de la motocicleta (Izquierdo, Derecho)
-Identifique que no se encuentren piezas sueltas
-Identifique que no se evidencien fugas de líquidos (aceite, gasolina)
-Revise la presión y estado de los neumáticos
-Garantice que las luces traseras y delanteras funcionen correctamente
-Inspeccione que sus elementos de protección se encuentre en óptimo estado
-Valide las condiciones climáticas, para adoptar las medidas de prevención que correspondan
-Si alguna de la partes de la motocicleta presenta daños, señalícela en la imagen y relacione la información en la casilla inferior de observaciones



Frente a cada una de las partes a revisar de la motocicleta señale con una ✗ si el estado se encuentra Malo o Regula y mediante un ✓ el estado se encuentgra Bueno (óptimas condiciones).

PARTES REVISADAS	DIA DE INSPECCIÓN														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Espejo retrovisor derecho						B	B	B	B	B					
Espejo retrovisor izquierdo						B	B	B	B	B					
Luces delanteras						B	B	B	B	B					
Luces traseras						B	B	B	B	B					
Direccionales Delanteros						B	B	B	B	B					
Direccionales Traseros						B	B	B	B	B					
Parrilla						B	B	B	B	B					
Manubrio						B	B	B	B	B					
Frenos						B	B	B	B	B					
Tanque de gasolina						B	B	B	B	B					
Guardabarro Delantero						B	B	B	B	B					
Guardabarro Trasero						B	B	B	B	B					
Rines						B	B	B	B	B					
Pito						B	B	B	B	B					
Neumáticos (Delantero, Trasero)						B	B	B	B	B					
Kit de Arrastre						B	B	B	B	B					
Fugas (aceite /gasolina/otros)						B	B	B	B	B					
Asiento						B	B	B	B	B					
Casco						B	B	B	B	B					
Calzado						B	B	B	B	B					
Traje Antifricción						B	B	B	B	B					
Kilometraje															
Nombre de conductor						Contador	Contador	contador	Contador	Contador					

OBSERVACIONES : Se observan en buenas condiciones para su uso

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LAS INSPECCIONES: Sergio Perez

	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CÓDIGO FT-SST-130
		VERSIÓN: 03
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MOTOCICLETAS	FECHA: 10/05/2019

MES Y AÑO DE INSPECCIÓN :	abril 2026	NOMBRE DEL CONDUCTOR		CARGO:	

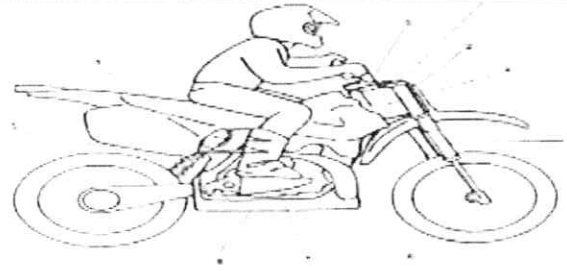
DATOS Y DOCUMENTOS DE LA MOTOCICLETA Y CONDUCTOR

PLACA MOTOCICLETA	AWV 31H	MODELO		CILINDRAJE	125 CC	MARCA	Yamahas
NUMERO SOAT		FECHA DE VENCIMIENTO SOAT		TARJETA DE PROPIEDAD			
FECHA DE EXPEDICIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA DEL CONDUCTOR				FECHA ÚLTIMA REVISIÓN TECNOMECÁNICA			
NÚMERO DE CÉDULA DEL CONDUCTOR		EPS		ARL		NÚMERO DE PLACA	

ASPECTOS A TENER EN CUENTA DENTRO DE LA INSPECCIÓN

Realice la inspección preoperacional de su motocicleta diariamente teniendo en cuenta los siguientes aspectos :

-Revise los dos costados de la motocicleta (Izquierdo, Derecho)
-Identifique que no se encuentren piezas sueltas
-Identifique que no se evidencien fugas de líquidos (aceite, gasolina)
-Revise la presión y estado de los neumáticos
-Garantice que las luces traseras y delanteras funcionen correctamente
-Inspeccione que sus elementos de protección se encuentre en óptimo estado
-Valide las condiciones climáticas, para adoptar las medidas de prevención que correspondan
-Si alguna de la partes de la motocicleta presenta daños, señalicela en la imagen y relacione la información en la casilla inferior de observaciones



Frente a cada una de las partes a revisar de la motocicleta señale con una ✗ si el estado se encuentra Malo o Regula y mediante un ✓ el estado se encuentgra Bueno (óptimas condiciones).

PARTES REVISADAS	DIA DE INSPECCIÓN															
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Espejo retrovisor derecho					B	B	B	B	B							
Espejo retrovisor izquierdo					B	B	B	B	B							
Luces delanteras					B	B	B	B	B							
Luces traseras					B	B	B	B	B							
Direccionales Delanteros					B	B	B	B	B							
Direccionales Traseros					B	B	B	B	B							
Parrilla					B	B	B	B	B							
Manubrio					B	B	B	B	B							
Frenos					B	B	B	B	B							
Tanque de gasolina					B	B	B	B	B							
Guardabarro Delantero					B	B	B	B	B							
Guardabarro Trasero					B	B	B	B	B							
Rines					B	B	B	B	B							
Pito					B	B	B	B	B							
Neumáticos (Delantero, Trasero)					B	B	B	B	B							
Kit de Arrastre					B	B	B	B	B							
Fugas (aceite /gasolina/otros)					B	B	B	B	B							
Asiento					B	B	B	B	B							
Casco					B	B	B	B	B							
Calzado					B	B	B	B	B							
Traje Antifricción					B	B	B	B	B							
Kilometraje																
Nombre de conductor					Contratista	Contratista	Contratista	Contratista	Contratista							

OBSERVACIONES : Se observan en buenas condiciones para su uso

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LAS INSPECCIONES: Sergio Perez SST en SU

	GESTIÓN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CÓDIGO: FT-SST-130
		VERSIÓN: 01
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MOTOCICLETAS	FECHA: 10/05/2024

MES Y AÑO DE INSPECCIÓN :		NOMBRE DEL CONDUCTOR		CARGO:	

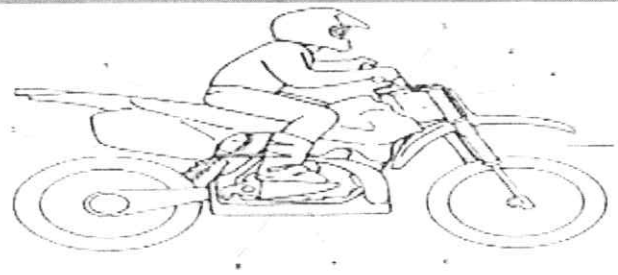
DATOS Y DOCUMENTOS DE LA MOTOCICLETA Y CONDUCTOR

PLACA MOTOCICLETA	RUB14B	MODELO	BWIS	CILINDRAJE	125 CC	MARCA	Yamaha
NUMERO SOAT		FECHA DE VENCIMIENTO SOAT		TARJETA DE PROPIEDAD			
FECHA DE EXPEDICIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA DEL CONDUCTOR				FECHA ÚLTIMA REVISIÓN TECNOMECÁNICA			
NÚMERO DE CÉDULA DEL CONDUCTOR		EPS		ARL		NÚMERO DE PLACA	

ASPECTOS A TENER EN CUENTA DENTRO DE LA INSPECCIÓN

Realice la inspección preoperacional de su motocicleta diariamente teniendo en cuenta los siguientes aspectos :

-Revise los dos costados de la motocicleta (Izquierdo, Derecho)
-Identifique que no se encuentren piezas sueltas
-Identifique que no se evidencien fugas de líquidos (aceite, gasolina)
-Revise la presión y estado de los neumáticos
-Garantice que las luces traseras y delanteras funcionen correctamente
-Inspeccione que sus elementos de protección se encuentre en óptimo estado
-Valide las condiciones climáticas, para adoptar las medidas de prevención que correspondan
-Si alguna de la partes de la motocicleta presenta daños, señalícela en la imagen y relacione la información en la casilla inferior de observaciones



Frente a cada una de las partes a revisar de la motocicleta señale con una ✗ si el estado se encuentra Malo o Regula y mediante un ✓ el estado se encuentgra Bueno (óptimas condiciones).

PARTES REVISADAS	DIA DE INSPECCIÓN														
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Espejo retrovisor derecho						B	B	B	B	B					
Espejo retrovisor izquierdo						B	B	B	B	B					
Luces delanteras						B	B	B	B	B					
Luces traseras						B	B	B	B	B					
Direccionales Delanteros						B	B	B	B	B					
Direccionales Traseros						B	B	B	B	B					
Parrilla						B	B	B	B	B					
Manubrio						B	B	B	B	B					
Frenos						B	B	B	B	B					
Tanque de gasolina						B	B	B	B	B					
Guardabarro Delantero						B	B	B	B	B					
Guardabarro Trasero						B	B	B	B	B					
Rines						B	B	B	B	B					
Pito						B	B	B	B	B					
Neumáticos (Delantero, Trasero)						B	B	B	B	B					
Kit de Arrastre						B	B	B	B	B					
Fugas (aceite /gasolina/otros)						B	B	B	B	B					
Asiento						B	B	B	B	B					
Casco						B	B	B	B	B					
Calzado						B	B	B	B	B					
Traje Antifricción						B	B	B	B	B					
Kilometraje															
Nombre de conductor						NA	NA	NA	NA	NA					

OBSERVACIONES : el vehiculo se encuentra no disponible para uso se recomienda llevarlo al taller

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LAS INSPECCIONES: Sergio Perez SUPERVISOR

	GESTIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	CÓDIGO FT-SST-130
		VERSIÓN: 03
	INSPECCIÓN PREOPERACIONAL DE MOTOCICLETAS	FECHA: 10/05/2019

MES Y AÑO DE INSPECCIÓN :		NOMBRE DEL CONDUCTOR		CARGO:	

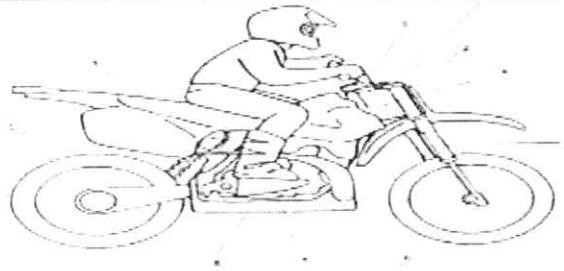
DATOS Y DOCUMENTOS DE LA MOTOCICLETA Y CONDUCTOR

PLACA MOTOCICLETA	FEB148	MODELO	Bws	CILINDRAJE	125 CC	MARCA	Yamaha
NUMERO SOAT		FECHA DE VENCIMIENTO SOAT		TARJETA DE PROPIEDAD			
FECHA DE EXPEDICIÓN Y NÚMERO DE LICENCIA DEL CONDUCTOR				FECHA ÚLTIMA REVISIÓN TECNOMECÁNICA			
NÚMERO DE CÉDULA DEL CONDUCTOR		EPS		ARL		NÚMERO DE PLACA	

ASPECTOS A TENER EN CUENTA DENTRO DE LA INSPECCIÓN

Realice la inspección preoperacional de su motocicleta diariamente teniendo en cuenta los siguientes aspectos :

-Revise los dos costados de la motocicleta (Izquierdo, Derecho)
-Identifique que no se encuentren piezas sueltas
-Identifique que no se evidencien fugas de líquidos (aceite, gasolina)
-Revise la presión y estado de los neumáticos
-Garantice que las luces traseras y delanteras funcionen correctamente
-Inspeccione que sus elementos de protección se encuentre en óptimo estado
-Valide las condiciones climáticas, para adoptar las medidas de prevención que correspondan
-Si alguna de la partes de la motocicleta presenta daños, señalícela en la imagen y relacione la información en la casilla inferior de observaciones



Frente a cada una de las partes a revisar de la motocicleta señale con una ✗ si el estado se encuentra Malo o Regula y mediante un ✓ el estado se encuentgra Bueno (óptimas condiciones).

PARTES REVISADAS	DIA DE INSPECCIÓN																
	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Espejo retrovisor derecho					B	B	B	B	B							
Espejo retrovisor izquierdo					B	B	B	B	B							
Luces delanteras					B	B	B	B	B							
Luces traseras					B	B	B	B	B							
Direccionales Delanteros					B	B	B	B	B							
Direccionales Traseros					B	B	B	B	B							
Parrilla					B	B	B	B	B							
Manubrio					B	B	B	B	B							
Frenos					B	B	B	B	B							
Tanque de gasolina					B	B	B	B	B							
Guardabarro Delantero					B	B	B	B	B							
Guardabarro Trasero					B	B	B	B	B							
Rines					B	B	B	B	B							
Pito					B	B	B	B	B							
Neumáticos (Delantero, Trasero)					B	B	B	B	B							
Kit de Arrastre					B	B	B	B	B							
Fugas (aceite /gasolina/otros)					B	B	B	B	B							
Asiento					B	B	B	B	B							
Casco					B	B	B	B	B							
Calzado					B	B	B	B	B							
Traje Antifricción					B	B	B	B	B							
Kilometraje																
Nombre de conductor					NA	NA	NA	NA	NA							

OBSERVACIONES : el vehiculo se encuentra no disponible para su uso se recomienda llevarlo al taller

NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REALIZÓ LAS INSPECCIONES: Jorge [illegible], Su

CONTRALORÍA
DEPARTAMENTAL DEL GUAINÍA
Nit 892000495-9

SISTEMA DE GESTION EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	
NIVEL 7: FORMATOS N:	FT-SST-098
FORMATO INSPECCION DE CAMILLA	FECHA: NOV/15/2023 PAG 1 DE 1 VERSION: 01

LUGAR: Instalaciones de Contraloría departamental del Guainía | UBICACIÓN: Cocina - Patio

RESPONSABLE DE INSPECCION Jorge Mauricio Perea Barbosa

CARGO Profesional en SST | FECHA DE INSPECCION: 13/04/2026

B: BUENO R: REGULAR M: MAL ESTADO NA: NO APLICA

DESCRIPCION	B	R	M	NA	OBSERVACIONES
1. Señalizacion.	X				En Buen estado
2. estado de la tabla (plastica o madera).	X				En Buen estado
3. costruras de las correas de amarre.	X				En Buen estado
4. cintas reflectivas.	X				En Buen estado
5. hebillas de cierre.	X				En Buen estado
6. condiciones de aseo.	X				Buenas Condiciones
7. instalacio y/o sitio de hubicacion.	X				Buena ubicacion
8. se encuentra libre de obstaculos.	X				Se encuentra en buen estado

OBSERVACIONES: La camilla que se observa en buen estado para cualquier eventualidad que se presente tanto en las instalaciones de la contraloria.

FIRMA RESPONSABLE INSPECCION

Jorge Perea SST 1052

CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA NIT 892099373-9	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo		
	NIVEL 7:	**FORMATOS N°:**	FT-SST-060
	SG-SST		
FORMATO INSPECCIÓN Y CONTROL DE EXTINTORES		Fecha:	NOV 15/2023
		Versión:	001
			Pagina 1 de 1

CONCEPTO	EXTINTOR 1		EXTINTOR 2		EXTINTOR 3		EXTINTOR 4		EXTINTOR 5		OBSERVACIONES	ACCIÓN DE MEJORA	RESPONSABLE	SEGUIMIENTO	CIERRE
	C	N/C	C	N/C	C	N/C	C	N/C	C	N/C					
El extintor está ubicado en el lugrar preestablecido	X		X		X		X		X						
El extintor no presenta obstáculos para su acceso	X		X		X		X		X						
El extintor está completamente cargado y operable	X		X		X		X		X						
Las calcomanias y las placas de instrucción están legibles y en el frente del extintor (Tipo/Fecha)	X		X		X		X		X						
El gabinete o gancho está ubicado a una altura no mayor a 1,5 mt.	X		X		X		X		X						
La base del extintor está al menos a 10 cm de altura sobre el nivel del piso															
El extintor tiene el sello de seguridad	X		X		X		X		X						
El extintor tienen el pasador o pin de seguridad	X		X		X		X		X						
La pintura del cilindro está en buen estado	X		X		X		X		X						
El cilindro está en buen estado, sin oxidación, roturas, abolladuras, golpes o deformaciones	X		X		X		X		X						
La manguera del extintor está en buen estado, sin roturas, poros, agrietamientos u obstrucciones con papel, animales, entre otros.	X		X		X		X		X						
Los empalmes de la manguera a la válvula y a la corneta o boquilla están bien	X		X		X		X		X						
La Corneta en los extintores de CO2 no presenta fisuras, cristalización y defectos en acoples	X		X		X		X		X						
La válvula no presenta oxidación, daños en la manija, deformaciones que impidan su funcionamiento	X		X		X		X		X						
La lectura de presión está dentro del rango operable	X		X		X		X		X						
Fecha de vencimiento															

C = Cumple NC = No cumple

			DIA	MES	AÑO
AREA INSPECCIONADA	Instalaciones Contraloría departamental Guajira	**FECHA DE INSPECCION**	20	04	2026
RESPONSABLE	Sergio Perez SST	**FIRMA**	Sergio Perez		

CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo		
	NIVEL 7:	FORMATOS N°:	FT-SST-056
		SG-SST	
FORMATO INSPECCIÓN LOCATIVA			Fecha: NOV 15/2023
			Pagina 1 de 2

Fecha de inspección: 27/04/2026 Hora: 9:00am	Area / Unidad operativa: Todas	Localidad:	Todas
Inspección realizada por: Sergio Mauricio Pena	Nombre responsable unidad:	Giovanni Luis Pineda	
Dirección: Barrio Centro	Telefono:	N/A	

LISTA DE CHEQUEO					
No.	ELEMENTO A INSPECCIONAR	CUMPLE			OBSERVACIONES
		SI	NO	NA	
1	**PELIGROS FISICOS**				
1.1	Existe buena iluminación artificial y natural.	X			
1.2	Las luminarias están en buen estado.	X			
1.3	Hay buena ventilación en el área.	X			
1.4	El nivel de ruido es adecuado (Condiciones Normales inferiores a 85 db).	X			
1.5	Existen controles de ruido (control en la fuente, en el medio de propagación, en el trabajador).	X			
1.6	La temperatura es confortable.	X			
2	**PELIGROS LOCATIVOS**				
2.1	Los muros están en buen estado (Sin grietas, sin humedad, pintura buen estado).	X			
2.2	Escaleras en buen estado (paso manos, antideslizantes).	X			
2.3	Pisos en buen estado.	X			
2.4	Ventanas, puertas en buen estado (manijas, chapas).	X			
2.5	Techos en buen estado (Sin goteras).	X			
2.6	Areas de circulación despejadas (escaleras, zonas de transito en almacen. etc).	X			
2.7	Están claramente demarcadas las áreas de trabajo y rutas de tránsito.	X			
2.8	En general se observan las sillas en buen estado?	X			
2.9	Las divisiones modulares, escritorio y cajones se encuentran en buenas condiciones.	X			
3	**PELIGROS ELÉCTRICOS**				
3.1	Cables eléctricos debidamente entubados.	X			
3.2	Los empalmes o conexiones estan en buen estado.	X			
3.3	Tomas e interruptores en buen estado	X			
3.4	Se observa cajas o toma corriente sin sobrecarga.	X			
3.5	Cables en buen estado.	X			
3.6	Los tableros, cajas y circuitos estan identificados.	X			
3.7	Los tableros y cajas estan libres de obstáculos.	X			
3.8	Existe señalización de peligros.	X			
4	**PELIGROS DE SEGURIDAD**				
4.1	Los extintores son los adecuados al tipo de peligros del área.	X			
4.2	Extintores de carga vigente.	X			
4.3	Extintores libre de obstaculos.	X			
4.4	Existe señalización de extintores.	X			
4.5	Existe señalización en todas las instalaciones y en las salidas de emergencia.	X			
4.6	Las áreas de salida de emergencia y punto de encuentro se encuentran despejadas	X			
4.7	El personal cuenta con los elementos de protección personal (EPP).	X			
4.8	Hay camilla en el área. (Solo si es necesaria).	X			
4.9	Hay botiquín y control de consumo.	X			
4.10	Se tiene la lista de teléfonos de emergencia a la mano?.	X			
4.11	Se tiene la lista de centros de salud u hospitales de referencia cercanos?	X			
5	**PELIGROS BIOLOGICOS**				
5.1	El area esta libre de insectos y roedores.	X			
6	**PELIGROS BIOMECANICO**				
6,1	Espacio de trabajo adecuado (para miembros inferiores, desplazamientos y salidas del puesto de trabajo)	X			
6,2	Altura adecuada de la pantalla del computador respecto a la horizontal (el borde superior de la pantalla se encuentra a la misma altura de los ojos del trabajador)	X			
6,3	Silla en buenas condiciones, espaldar, asiento, patas o base	X			
6,4	El peso de los objetos que levanta o almacena están dentro de los límites permisibles	X			
7	**ORDEN Y ASEO**				
7,1	El área se encuentra organizada.	X			
7,2	Se realiza la clasificación de residuos sólidos en forma correcta.	X			
7,3	Los residuos peligrosos se separan y disponen con empresas autorizadas.	X			
7,4	El sitio inspeccionado se encuentra en buen estado de aseo y mantenimiento.	X			
8	**SANEAMIENTO BASICO**				

8,1	Servicios higiénicos en buen estado y limpieza	X			
8,2	Luminarias de baños en buen estado.	X			
8,3	Hay papel higiénico, jabón, toallas y papeleras con pedal y tapa.	X			
8,4	Estan los inodoros limpios en buen estado.	X			
8,5	Se tienen reguladores o ahorradores de agua en los lavamanos y sanitarios.	X			
9	**PELIGRO MECANICO (HERRAMIENTAS DE OFICINA)**				
9,1	Equipos y herramientas de oficina en buen estado	X			
9,2	Archivo rodante en buen estado	X			
10	**PREGUNTAS Y OBSERVACION DE TAREAS (Hacer verificación a través de la observación de los trabajadores)**				
10,1	Los funcionarios cumplen con las normas de seguridad de su actividad.	X			
10,2	Los funcionarios conocen los peligros a los que están expuestos.	X			
10,3	El personal tiene claro que hacer en caso de un incidente , Accidentes de trabajo y Enfermedad Laboral.	X			
10,4	Los funcionarios conocen la Politica de Seguridad y Salud en el Trabajo.	X			
10,5	Los funcionarios saben como usar y cuidar sus EPP.	X			

11	MEDIO AMBIENTE	BUEN ESTADO	REGULAR ESTADO	MAL ESTADO	OBSERVACIONES
11.1 Agua y energia	Horno microondas. (Si aplica)	X			
	Nevera. (Si aplica)	X			
	Cafetera. (Si aplica)	X			
	Aire Acondicionado. (Si aplica)	X			
	Impresora / fotocopiadora. (Si aplica)		X		MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS
	Computador. (Si aplica)		X		MANTENIMIENTOS PREVENTIVOS
	Otro.				
11.2 Sustancias químicas	El area cuenta con las tarjetas de emergencia.				
	El area cuenta con las Hojas de seguridad.				
	Otro.				

OBSERVACIONES

En materiales se encuentran en buenas condiciones de orden y aseo, se evidencia que algunos equipos de computo presentan algunos inconvenientes, se recomienda realizar mantenimientos preventivos para el uso de estos implementos elementos de oficinas

Firma responsable inspección

Firma Responsable del SG-SST

PLANILLAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y AFILIACIONES.

CONTRALORÍA
DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
N.I. 892000495-9

CORTE DEL 01/04/2026 AL 28/04/2026

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1032491257

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000495
Ciudad/Municipio	INIRIDA	Departamento	GUAINIA
Dirección	CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	Teléfono	5656628
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Instituciones especiales oficiales.
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**6012957165**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/16
Número Autorización	230302884		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	ANGI ISABELA	Apellidos	MELO LOPEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1032491257
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	GUAINIA	Municipio	INIRIDA
Salario Básico	$ 4.680.766	Tipo de Salario	VARIABLE

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 4.680.766
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 749.000
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
		Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 749.000**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 4.680.766
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 585.100
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 585.100**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 4.680.766
Centro de Trabajo		Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 24.500**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF68-COMCAJA	30	4,000 %	$ 4.680.766	$ 187.300
PASENA-SENA	30	0,500 %	$ 4.680.766	$ 23.500
PAICBF-ICBF	30	3,000 %	$ 4.680.766	$ 140.500
PAESAP-ESAP	30	0,500 %	$ 4.680.766	$ 23.500
PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION	30	1,000 %	$ 4.680.766	$ 46.900

TOTAL PAGADO:	**$ 1.780.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1077453168

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000495
Ciudad/Municipio	INIRIDA	Departamento	GUAINIA
Dirección	CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	Teléfono	5656628
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Instituciones especiales oficiales.
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**6012957165**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/16
Número Autorización	230302884		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	CESAR	Apellidos	ARRIAGA MOSQUERA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1077453168
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	GUAINIA	Municipio	INIRIDA
Salario Básico	$ 3.964.936	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230201- PROTECCION
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 3.964.936
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 634.400
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
		Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 634.400**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 3.964.936
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 495.700
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 495.700**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 3.964.936
Centro de Trabajo	1	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 20.700**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF68-COMCAJA	30	4,000 %	$ 3.964.936	$ 158.600
PASENA-SENA	30	0,500 %	$ 3.964.936	$ 19.900
PAICBF-ICBF	30	3,000 %	$ 3.964.936	$ 119.000
PAESAP-ESAP	30	0,500 %	$ 3.964.936	$ 19.900
PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION	30	1,000 %	$ 3.964.936	$ 39.700

TOTAL PAGADO:	**$ 1.507.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1121927650

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000495
Ciudad/Municipio	INIRIDA	Departamento	GUAINIA
Dirección	CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	Teléfono	5656628
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Instituciones especiales oficiales.
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**6012957165**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/16
Número Autorización	230302884		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	ROSA ANA	Apellidos	BOLIVAR CORREDOR
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1121927650
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	GUAINIA	Municipio	INIRIDA
Salario Básico	$ 5.898.371	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
10																

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	21	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 4.128.860
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 660.700
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
		Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 660.700**

SALUD			
Dias	21	Administradora	CCFC55- PROTEGER EPS S.A.S
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 4.128.860
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 516.200
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 516.200**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	21	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 4.128.860
Centro de Trabajo	1	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 21.600**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF68-COMCAJA	21	4,000 %	$ 4.128.860	$ 165.200
PASENA-SENA	21	0,500 %	$ 4.128.860	$ 20.700
PAICBF-ICBF	21	3,000 %	$ 4.128.860	$ 123.900
PAESAP-ESAP	21	0,500 %	$ 4.128.860	$ 20.700
PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION	21	1,000 %	$ 4.128.860	$ 41.300

TOTAL PAGADO:	**$ 1.570.300**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1121928777

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000495
Ciudad/Municipio	INIRIDA	Departamento	GUAINIA
Dirección	CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	Teléfono	5656628
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Instituciones especiales oficiales.
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**6012957165**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/16
Número Autorización	230302884		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	DAVID SANTIAGO	Apellidos	OVALLE PUERTA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	1121928777
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	GUAINIA	Municipio	INIRIDA
Salario Básico	$ 3.964.936	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	230301-PORVENIR
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 3.964.936
FSP - Solidaridad	$ 0	Cotización Obligatoria	$ 634.400
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
		Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 634.400**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 3.964.936
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 495.700
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 495.700**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 3.964.936
Centro de Trabajo	1	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 20.700**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF68-COMCAJA	30	4,000 %	$ 3.964.936	$ 158.600
PASENA-SENA	30	0,500 %	$ 3.964.936	$ 19.900
PAICBF-ICBF	30	3,000 %	$ 3.964.936	$ 119.000
PAESAP-ESAP	30	0,500 %	$ 3.964.936	$ 19.900
PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION	30	1,000 %	$ 3.964.936	$ 39.700

TOTAL PAGADO:	**$ 1.507.900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 17324987

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000495
Ciudad/Municipio	INIRIDA	Departamento	GUAINIA
Dirección	CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	Teléfono	5656628
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Instituciones especiales oficiales.
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**6012957165**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/16
Número Autorización	230302884		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	CARLOS ALEJANDRO	Apellidos	MONTOYA SANCHEZ
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	17324987
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	GUAINIA	Municipio	INIRIDA
Salario Básico	$ 17.879.217	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	30	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 17.879.217
FSP - Solidaridad	$ 89.400	Cotización Obligatoria	$ 2.860.700
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 89.400
		Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 3.039.500**

SALUD			
Dias	30	Administradora	EPS005-SANITAS S.A
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 17.879.217
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 2.235.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 2.235.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	30	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 17.879.217
Centro de Trabajo	1	Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 93.400**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF68-COMCAJA	30	4,000 %	$ 17.879.217	$ 715.200
PASENA-SENA	30	0,500 %	$ 17.879.217	$ 89.400
PAICBF-ICBF	30	3,000 %	$ 17.879.217	$ 536.400
PAESAP-ESAP	30	0,500 %	$ 17.879.217	$ 89.400
PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION	30	1,000 %	$ 17.879.217	$ 178.800

TOTAL PAGADO:	**$ 6.977.100**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 18256419

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000495
Ciudad/Municipio	INIRIDA	Departamento	GUAINIA
Dirección	CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	Teléfono	5656628
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Instituciones especiales oficiales.
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**6012957165**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/16
Número Autorización	230302884		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	JORGE HERNAN	Apellidos	VEINTEMILLO SANDOVAL
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	18256419
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	GUAINIA	Municipio	INIRIDA
Salario Básico	$ 5.587.931	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Administradora	230301-PORVENIR		
Dias	30	IBC	$ 5.587.931
Tarifa	16,000 %	Cotización Obligatoria	$ 894.100
FSP - Solidaridad	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 0
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 894.100**

SALUD			
Administradora	NUEVA EPS CM		
Dias	30	IBC	$ 5.587.931
Tarifa	12,500 %	Cotización Obligatoria	$ 698.500
Nro Incapacidad por Enf. General		Valor	$ 0
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	**Total Aporte**	**$ 698.500**

RIESGOS PROFESIONALES			
Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE		
Dias	30	IBC	$ 5.587.931
Clase de Riesgo	I	Tarifa	0,522 %
Centro de Trabajo	1	**Total Aporte**	**$ 29.200**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF68-COMCAJA	30	4,000 %	$ 5.587.931	$ 223.600
PASENA-SENA	30	0,500 %	$ 5.587.931	$ 28.000
PAICBF-ICBF	30	3,000 %	$ 5.587.931	$ 167.700
PAESAP-ESAP	30	0,500 %	$ 5.587.931	$ 28.000
PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION	30	1,000 %	$ 5.587.931	$ 55.900

TOTAL PAGADO:	**$ 2.125.000**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 42143906

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000495
Ciudad/Municipio	INIRIDA	Departamento	GUAINIA
Dirección	CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	Teléfono	5656628
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Instituciones especiales oficiales.
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**6012957165**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/16
Número Autorización	230302884		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	GIOVANNA	Apellidos	RIOS PINEDA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	42143906
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	GUAINIA	Municipio	INIRIDA
Salario Básico	$ 3.781.025	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
													L-10-30			

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	21	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 7.591.314
FSP - Solidaridad	$ 38.000	Cotización Obligatoria	$ 1.214.700
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 38.000
		Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 1.290.700**

SALUD			
Dias	21	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 7.591.314
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 949.000
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 949.000**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	21	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 7.591.314
Centro de Trabajo	00522	Tarifa	0,000 %
		Total Aporte	**$ 0**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF68-COMCAJA	21	4,000 %	$ 7.591.314	$ 303.700
PASENA-SENA	21	0,500 %	$ 7.591.314	$ 38.000
PAICBF-ICBF	21	3,000 %	$ 7.591.314	$ 227.800
PAESAP-ESAP	21	0,500 %	$ 7.591.314	$ 38.000
PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION	21	1,000 %	$ 7.591.314	$ 76.000

TOTAL PAGADO:	**$ 2.923.200**

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES

SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 42143906

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Nombre ó Razón Social	CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL		
Tipo Identificación	NIT	Número de Identificación	892000495
Ciudad/Municipio	INIRIDA	Departamento	GUAINIA
Dirección	CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	Teléfono	5656628
Tipo Empresa	PUBLICA	Actividad Económica	Instituciones especiales oficiales.
Tipo Aportante	01-EMPLEADOR	Clase Aportante	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
Forma Presentación	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

Número Planilla	**6012957165**	Tipo de Planilla	E-EMPLEADOS
Periodo Cotización Otros	marzo / 2026	Periodo Cotización Salud	abril / 2026
Dias de Mora	0	Fecha Pago	2026/04/16
Número Autorización	230302884		

INFORMACIÓN BÁSICA

Nombres	GIOVANNA	Apellidos	RIOS PINEDA
Tipo de Identificación	CC	Número de Identificación	42143906
Tipo cotizante	DEPEND	Subtipo Cotizante	
Colombiano Temporalmente en el Exterior	NO	Extranjero no obligado a cotizar Pensión	NO
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) :			NO
Departamento	GUAINIA	Municipio	INIRIDA
Salario Básico	$ 3.781.025	Tipo de Salario	FIJO

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL

PENSIÓN			
Dias	9	Administradora	25-14 COLPENSIONES
Tarifa	16,000 %	IBC	$ 1.134.308
FSP - Solidaridad	$ 5.700	Cotización Obligatoria	$ 181.500
Aportes Voluntarios Empleador	$ 0	FSP - Subsistencia	$ 5.700
		Aportes Voluntarios Cotizante	$ 0
		Total Aporte	**$ 192.900**

SALUD			
Dias	9	Administradora	EPS037-NUEVA EPS
Tarifa	12,500 %	IBC	$ 1.134.308
Nro Incapacidad por Enf. General		Cotización Obligatoria	$ 141.800
Nro Licencia de Maternidad		Valor	$ 0
UPC Adicional	$ 0	Valor	$ 0
		Total Aporte	**$ 141.800**

RIESGOS PROFESIONALES			
Dias	9	Administradora	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE
Clase de Riesgo	I	IBC	$ 1.134.308
Centro de Trabajo		Tarifa	0,522 %
		Total Aporte	**$ 6.000**

APORTES REALIZADOS A PARAFISCALES

Administradora	Dias Cotizados	Tarifa	IBC	Total Aporte
CCF68-COMCAJA	9	4,000 %	$ 1.134.308	$ 45.400
PASENA-SENA	9	0,500 %	$ 1.134.308	$ 5.700
PAICBF-ICBF	9	3,000 %	$ 1.134.308	$ 34.100
PAESAP-ESAP	9	0,500 %	$ 1.134.308	$ 5.700
PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION	9	1,000 %	$ 1.134.308	$ 11.400

TOTAL PAGADO:	**$ 443.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	892000495
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
CIUDAD/MUNICIPIO:		INIRIDA DEPARTAMENTO:	GUAINIA
DIRECCIÓN:	CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	TELÉFONO:	5656628
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Instituciones especiales oficiales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6012957165**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		230302884

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 634.400
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 4.523.100
8002248088	230301	230301-PORVENIR	4	$ 2.938.200
		SUBTOTAL:	7	**$ 8.095.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 2.235.000
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 698.500
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 2.667.300
9015432116	CCFC55	CCFC55- PROTEGER EPS S.A.S	1	$ 516.200
		SUBTOTAL:	7	**$ 6.117.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002319694	CCF68	CCF68-COMCAJA	7	$ 1.957.600
		SUBTOTAL:	7	**$ 1.957.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	7	$ 216.100
		SUBTOTAL:	7	**$ 216.100**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	7	$ 245.100
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	7	$ 1.468.400
8999990547	PAESAP	PAESAP-ESAP	7	$ 245.100
8999990017	PAMIED	PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION	7	$ 489.700
		SUBTOTAL:		**$ 2.448.300**

VALOR SIN MORA:	**$ 18.834.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 18.834.700**

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:		NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	892000495
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA
CIUDAD/MUNICIPIO:		INIRIDA DEPARTAMENTO:	GUAINIA
DIRECCIÓN:	CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	TELÉFONO:	5656628
TIPO APORTANTE:	01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES
TIPO EMPRESA:	PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Instituciones especiales oficiales.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6012957165**	TIPO DE PLANILLA:		E-EMPLEADOS	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	marzo	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		230302884

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002297390	230201	230201- PROTECCION	1	$ 634.400
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	2	$ 4.523.100
8002248088	230301	230301-PORVENIR	4	$ 2.938.200
		SUBTOTAL:	7	**$ 8.095.700**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 2.235.000
9001562642	EPS041	NUEVA EPS CM	1	$ 698.500
9001562642	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	4	$ 2.667.300
9015432116	CCFC55	CCFC55- PROTEGER EPS S.A.S	1	$ 516.200
		SUBTOTAL:	7	**$ 6.117.000**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002319694	CCF68	CCF68-COMCAJA	7	$ 1.957.600
		SUBTOTAL:	7	**$ 1.957.600**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	7	$ 216.100
		SUBTOTAL:	7	**$ 216.100**
OTROS PARAFISCALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8999990341	PASENA	PASENA-SENA	7	$ 245.100
8999992392	PAICBF	PAICBF-ICBF	7	$ 1.468.400
8999990547	PAESAP	PAESAP-ESAP	7	$ 245.100
8999990017	PAMIED	PAMIED-MINISTERIO DE EDUCACION	7	$ 489.700
		SUBTOTAL:		**$ 2.448.300**

VALOR SIN MORA:	$ 18.834.700
VALOR MORA:	$ 0
TOTAL PAGADO:	$ 18.834.700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	892000495	
		CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	
INIRIDA	DEPARTAMENTO:	GUAINIA	
CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	TELÉFONO:	5656628	
01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES	
PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Instituciones especiales oficiales.	
UNICO			
E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		6012957165		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			230302884

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
	4	$ 2.938.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.938.200	$ 0	$ 2.938.200
	2	$ 4.256.900	$ 0	$ 0	$ 133.100	$ 133.100	$ 0	$ 0	$ 4.523.100	$ 0	$ 4.523.100
	1	$ 634.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 634.400	$ 0	$ 634.400
									$ 8.095.700	**$ 0**	**$ 8.095.700**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
	4		$ 0		$ 0		$ 0	$ 2.667.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.667.300	$ 0	$ 0	$ 2.667.300
	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 516.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 516.200	$ 0	$ 0	$ 516.200
	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 698.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 698.500	$ 0	$ 0	$ 698.500
	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 2.235.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 2.235.000	$ 0	$ 0	$ 2.235.000
												$ 6.117.000	**$ 0**	**$ 0**	**$ 6.117.000**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
UROS S.A	7		$ 0	$ 0		$ 0	$ 216.100	$ 216.100	$ 0	$ 0	$ 216.100
								$ 216.100	**$ 0**	**$ 0**	**$ 216.100**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	TOTALES		
NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
	7	$ 1.957.600	$ 0	$ 1.957.600
		$ 1.957.600	**$ 0**	**$ 1.957.600**

TOTAL APORTES A OTROS PARAFISCALES

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	TOTALES		
NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
	7	$ 245.100	$ 0	$ 245.100
NESTAR FAMILIAR	7	$ 1.468.400	$ 0	$ 1.468.400
ION	7	$ 489.700	$ 0	$ 489.700
	7	$ 245.100	$ 0	$ 245.100
		$ 2.448.300	**$ 0**	**$ 2.448.300**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES | | | | | | | | | | | |

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

NIT	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	892000495	
		CONTRALORIA DEPARTAMENTAL DEL GUAINIA	
INIRIDA	DEPARTAMENTO:	GUAINIA	
CALLE 15 N° 7 33 PISO 2	TELÉFONO:	5656628	
01-EMPLEADOR	CLASE APORTANTE:	B-MENOS DE 200 COTIZANTES	
PUBLICA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Instituciones especiales oficiales.	
ÚNICO			
E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO	

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		6012957165		TIPO DE PLANILLA:			E-EMPLEADOS
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2026
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2026/04/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			230302884

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

PO DE ILARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	NOVEDADES																								SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																												PENSIÓN									SALUD								ARP							CCF			SENA		ICBF		ESAP		MINEDU	
				INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
FIJO			NO																		230301-PORVENIR	30	$ 5.587.931	$ 894.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 894.100	NUEVA EPS CM	30	$ 5.587.931	$ 698.500	$ 0	$ 698.500	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	30	$ 5.587.931	1	$ 29.200	30	$ 5.587.931	CCF68-COMCAJA	$ 223.600	$ 28.000	$ 167.700	$ 28.000	$ 55.900
FIJO			NO														L 10-30				25-14 COLPENSIONES	21	$ 7.591.314	$ 1.214.700	$ 38.000	$ 38.000	$ 0	$ 0	Normal	$ 1.290.700	EPS037-NUEVA EPS	21	$ 7.591.314	$ 949.000	$ 0	$ 949.000	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	21	$ 7.591.314	00522	$ 0	21	$ 7.591.314	CCF68-COMCAJA	$ 303.700	$ 38.000	$ 227.800	$ 38.000	$ 76.000
FIJO			NO																		25-14 COLPENSIONES	9	$ 1.134.308	$ 181.500	$ 5.700	$ 5.700	$ 0	$ 0	Normal	$ 192.900	EPS037-NUEVA EPS	9	$ 1.134.308	$ 141.800	$ 0	$ 141.800	14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A	9	$ 1.134.308		$ 6.000	9	$ 1.134.308	CCF68-COMCAJA	$ 45.400	$ 5.700	$ 34.100	$ 5.700	$ 11.400

TOTAL PAGADO: $ 18.834.700

ach SOI

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1121893641	SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA	cra 24 # 23-29 barrio el retiro	6638349	sergioperea1992@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		META	VILLAVICENCIO		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78192484	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$685.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	290.000	0		0		0	0	0	0	290.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	371.200	0	0	0	0	0	0		371.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	24.300				24.300	0	0	24.300			243	24.300	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	290.000	290.000
Pensión	1	371.200	371.200
Riesgos Laborales	1	24.300	24.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	685.500	685.500

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1121893641	SERGIO MAURICIO PEREA BARBOSA		cra 24 # 23-29 barrio el retiro	6638349	sergioperea1992@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I – Independiente			META	VILLAVICENCIO	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		78192484	12/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$0	$685.500	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN								SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC 1121893641	PEREA BARBOSA SERGIO MAURICIO	59	0			N																	231001	2.320.000	30	371.200	0	0	0	0	EPS005	2.320.000	30	290.000	14-11	2.320.000	30	2	24.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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