Espacio para
Logo Corporativo

UNION TEMPORAL LATEL 2026
NIT 902.071.240-7
CL 7A N 30A 61
Tel: 3108661201
Neiva - Colombia
facturacion@pumaseguridad.com

Factura electrónica de venta
No. LATE 1

Señores	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA CAM		
NIT	800.255.580-7	**Teléfono**	(608) 3134444092
Dirección	CR 1 60 79	**Ciudad**	Neiva - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	16/07/2026, 10:22
Expedición	16/07/2026, 10:22
Vencimiento	16/07/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	Servicio 24 horas 30 dias al mes con arma sede principal-Neiva-Carrera 1 No. 60-79 barrio Las Mercedes-Neiva.	1.00	18,820,606.48	357,591.52	19,178,198.00
2	Servicio de 8 horas diurnas sin arma de lunes a viernes excluyendo festivos- sede principal Centro de Atencion al Usuario-Carrera 1 No. 60-79 barrio Las Mercedes-Neiva	1.00	3,607,280.67	68,538.33	3,675,819.00
3	Servicio de 8 horas diurnas sin arma de lunes a viernes excluyendo festivos- sede principal RONDERO-Carrera 1 No. 60-79 barrio Las Mercedes-Neiva.	1.00	3,607,280.67	68,538.33	3,675,819.00
4	Servicio de 8 horas diurnas sin arma de lunes a viernes excluyendo festivos- Direccion Territorial Occidente-Carrera 12E No. 10B-09- La Plata.	1.00	3,607,280.67	68,538.33	3,675,819.00
5	Servicio 12 horas nocturnas permanentes sin arma, con 12 horas diurnas fines de semana y festivos CAV-Kilometro 6 vía vereda La primavera- Teruel	1.00	13,065,955.84	248,253.16	13,314,209.00
6	Servicio 24 horas 30 dias al mes sin arma para Direccion Territorial Sur-Pitalito Finca Marengo kilómetro 4 vía Pitalito-San Agustín.	1.00	18,478,413.15	351,089.85	18,829,503.00
7	Servicio 24 horas 30 dias al mes sin arma para Direccion Territorial Sur-Pitalito SENDERO Finca Cantalicia kilómetro 4 vía Pitalito-San Agustín.	1.00	18,478,413.15	351,089.85	18,829,503.00
8	Servicio 24 horas 30 dias al mes sin arma para Direccion Territorial Centro- Calle 8 No. 1-30 Este- Garzón.	1.00	18,478,413.15	351,089.85	18,829,503.00

Total items: 8

Valor en Letras:
Cien millones ocho mil trescientos setenta y tres pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:
Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia $ 100,008,373.00

Total Bruto	98,143,643.78
Administración 5.00%	4,907,182.20
Imprevistos 2.00%	1,962,872.88
Utilidad 3.00%	2,944,309.32
IVA 19%	1,864,729.22
Total a Pagar	100,008,373.00

Observaciones:
PRESTAR EL SERVICIO DE VIGILANCIA FISICA Y SEGURIDAD PRIVADA A LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA-CAM, EN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, DE CALIDAD Y CANTIDADES REQUERIDAS POR LA ENTIDAD. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 AL 30 DE JUNIO DEL 2026. INFORMACIÓN AIU: $9.814.364.40. APLICA PARA IMPUESTO TERRITORIAL O RENTA CONFORME AL E.T. 462-1, DECRETO 1794 DE 2013 Y CÓDIGO CIIU 8010.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764112021946 aprobado en 20260702 prefijo LATE desde el número 1 al 100 Vigencia: 24 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 8010 Actividades de seguridad privada Tarifa
CUFE: 3cd372fd542777cf7eff37b89a815045a4cab68a97135d3d08a5fe6b0d5a9d005440012972345 2e1ee735238bf081e15

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Espacio para
Logo Corporativo

UNION TEMPORAL LATEL 2026
NIT 902.071.240-7
CL 7A N 30A 61
Tel: 3108661201
Neiva - Colombia
facturacion@pumaseguridad.com

Factura electrónica de venta
No. LATE 2

Señores	CORPORACION AUTONOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA CAM		
NIT	800.255.580-7	**Teléfono**	(608) 3134444092
Dirección	CR 1 60 79	**Ciudad**	Neiva - Colombia

Fecha y hora Factura	
Generación	16/07/2026, 10:24
Expedición	16/07/2026, 10:24
Vencimiento	16/07/2026

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
1	Entregar en comodato 60 CAMARAS con capacidad de alta resolucion que produzca imágenes claras y nitidas, con su respectivo DVR con un disco de almacenamiento de 5 teras, que garantice el almacenamiento de los registros con una duracion de como minimo 30 dias. Los puntos a instalar se mantienen las 36 instaladas actualmente y las 24 en los puntos ciegos previamente identificados. Neiva.	1.00	630,017.67	11,970.34	641,988.01
2	Servicio de monitoreo remoto de los circuitos cerrados de television-CCTV, con grabacion soporte y de las alarmas. Neiva	1.00	123,768.40	2,351.60	126,120.00
3	Mantenimiento preventivo de camaras, alarmas y circuitos cerrados de television CCTV, de las instaladas en comodato y las de propiedad de la CAM que corresponden a 16 camaras. Neiva.	1.00	82,512.27	1,567.73	84,080.00
4	Arco detector de metales a utilizar puerta principal ingreso al Centro de Atencion al Usuario. Neiva.	1.00	455,536.82	8,655.20	464,192.02
5	Servicio de control de ingreso mediante un Sofware-aplicativo con su respectiva licencia que incluya equipo mediante el registro de la huella y/o captura del rostro mediante cámara e impresión de un sticker que contenga la respectiva información del visitante. La papeleria que se requiera debe ser suministrada (rollos de papel). Neiva.	1.00	186,226.06	3,538.30	189,764.36
6	Entregar en comodato 13 CAMARAS con capacidad de alta resolucion que produzca imágenes claras y nitidas, con su respectivo DVR con disco de almacenamiento de 4 teras, que garantice el almacenamiento de los registros con una duracion como minimo 30 dias. Los puntos a instalar se mantienen las 10 instaladas actualmente, las 3 adicionales en puntos: 1 cubrimiento area de parqueadero parte externa, 1 parte de atras de la oficina principal que queda contra la quebrada Garzon y poder visualizar ese corredor hasta la bodega; 1 para visualizar parte trasera del auditorio y lado de atencion al usuario. Garzon.	1.00	215,648.90	4,097.33	219,746.23
7	Entregar en comodato (3)ALARMAS (1 bloque Centro de Atencion al Usuario; 1 Bloque parte Administrativa; 1 Auditorio) las cuales deberan estar conformadas por panel de teclado y/o control remoto, bateria, sirena, sensor de movimiento, sensor de humo, transmisor radio o GPRS (tecnologia transmision de datos en sistemas de alarmas), con su respectiva instalacion y monitoreo. Garzon.	1.00	141,817.96	2,694.54	144,512.50
8	Servicio de monitoreo remoto de los circuitos cerrados de television-CCTV, con grabacion soporte y de las alarmas. Garzon.	1.00	123,768.40	2,351.60	126,120.00
9	Mantenimiento preventivo de camaras, alarmas y circuitos cerrados de television CCTV. Garzon.	1.00	20,628.05	391.93	21,019.98
10	Entregar en comodato 2 CAMARAS con capacidad de alta resolucion que produzca imágenes claras y nitidas, con su respectivo DVR con disco de almacenamiento de 4 teras, que garantice el almacenamiento de los registros con una duracion como minimo 30 dias. Los puntos a instalar se mantienen las instaladas actualmente. La Plata.	1.00	33,177.15	630.37	33,807.52
11	Servicio de monitoreo remoto de los circuitos cerrados de television-CCTV, con grabacion soporte y de las alarmas. La Plata.	1.00	154,710.50	2,939.50	157,650.00
12	Mantenimiento preventivo de camaras, alarmas y circuitos cerrados de television CCTV, de las instaladas en comodato y las de propiedad de la CAM que corresponden a 7 camaras. La Plata.	1.00	36,099.10	685.88	36,784.98
13	Entregar en comodato 4 CAMARAS con capacidad de alta resolucion que produzca imágenes claras y nitidas, con su respectivo DVR con disco de almacenamiento de 4 teras, que garantice el almacenamiento de los registros con una duracion como minimo 30 dias. Los puntos a instalar se mantienen las 2 instaladas actualmente y las 2 adicionales en puntos claves sugeridos por el Director Territorial. Pitalito.	1.00	66,353.27	1,260.71	67,613.98

Fabricante Software y Proveedor tecnológico: Siigo SAS - Nit 830.048.145-8. Nombre Software: Siigo Nube. Firma electrónica: ver en el XML

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Valor Impto.Cargo	Vr. Total
14	Entregar en comodato 2 CAMARAS DIGITALES de alta resolucion al ingreso del MARENGO-Sede DTS (para garantizar el ingreso y salida de personal y vehiculos), incluyendo el respectivo DVR con disco de capacidad de 4 teras. Pitalito.	1.00	71,093.60	1,350.78	72,444.38
15	Entregar en comodato 1 ALARMAS, en donde debera estar conformada por panel de teclado y/o control remoto, bateria, sirena, sensor de movimiento, sensor de humo, transmisor radio o GPRS (tecnologia transmision de datos en sistemas de alarmas), con su respectiva instalacion y monitoreo. Pitalito.	1.00	47,272.30	898.17	48,170.47
16	Servicio de monitoreo remoto de los circuitos cerrados de television-CCTV, con grabacion soporte y de las alarmas. Pitalito.	1.00	154,710.10	2,939.49	157,649.59
17	Mantenimiento preventivo de camaras, alarmas y circuitos cerrados de television CCTV, de las instaladas en comodato y las de propiedad de la CAM que corresponden a 7 camaras. Pitalito.	1.00	36,099.10	685.88	36,784.98

Total items: 17

Valor en Letras:
Dos millones seiscientos veintiocho mil cuatrocientos cuarenta y nueve pesos m/cte

Forma de pago:
Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia	$	2,628,449.00

Total Bruto	2,579,439.65
Administración 5.00%	128,972.00
Imprevistos 2.00%	51,588.80
Utilidad 3.00%	77,383.19
IVA 19%	49,009.35
Total a Pagar	2,628,449.00

Observaciones:
PRESTAR EL SERVICIO DE VIGILANCIA DE MEDIOS TECNOLOGICOS Y SEGURIDAD PRIVADA A LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA-CAM, EN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, DE CALIDAD Y CANTIDADES REQUERIDAS POR LA ENTIDAD. DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1 AL 30 DE JUNIO DEL 2026. INFORMACIÓN AIU: $295.762.04 APLICA PARA IMPUESTO TERRITORIAL O RENTA CONFORME AL E.T. 462-1, DECRETO 1794 DE 2013 Y CÓDIGO CIIU 8010.

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1231 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor. **Número Autorización Electrónica 18764112021946 aprobado en 20260702 prefijo LATE desde el número 1 al 100 Vigencia: 24 Meses**
Responsable de IVA - Actividad Económica 8010 Actividades de seguridad privada Tarifa
CUFE: 7d74d0dae901bb5445735099c7e7426da261f39097edea72ed927cfb86b9826a2ec995395e2aaefdcd05733d40dd68f1

UNIÓN TEMPORAL LATEL 2026

INFORME MENSUAL DE GESTIÓN

DESDE EL 01 DE JUNIO AL 30 DE JUNIO 2026

<table>
<tr><td>TIPO DE CONTRATO</td><td>CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE VIGILANCIA N° 359 DE 2026, SUSCRITO ENTRE LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA Y LA UNIÓN TEMPORAL LATEL 2026.</td></tr>
<tr><td>CONTRATANTE</td><td>CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA</td></tr>
<tr><td>CONTRATISTA</td><td>UNIÓN TEMPORAL LATEL 2026
NIT: 902.071.240-7
<table><tr><th>NOMBRE DEL INTEGRANTE</th><th>COMPROMISO (%)</th></tr><tr><td>1. LAOS SEGURIDAD LTDA con NIT. 839.000.088-1</td><td>65%</td></tr><tr><td>2. TELEVIGILANCIA LTDA. PROTECCION & SEGURIDAD con NIT. 800.237.731-6</td><td>35%</td></tr><tr><td></td><td>100%</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>OBJETO:</td><td>PRESTAR EL SERVICIO DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD PRIVADA A LA CORPORACIÓN AUTÓNOMA REGIONAL DEL ALTO MAGDALENA-CAM, EN LAS CONDICIONES TÉCNICAS, DE CALIDAD Y CANTIDADES REQUERIDAS POR LA ENTIDAD.</td></tr>
<tr><td>VALOR DEL CONTRATO INICIAL</td><td>DOS MIL CINCUENTA Y CINCO MILLONES SEISCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL TRESCIENTOS VEINTIDÓS PESOS ($2.055.647.322,oo) M/CTE, INCLUIDO LOS IMPUESTOS, TASAS Y CONTRIBUCIONES QUE SE GENEREN CON OCASIÓN A LA CELEBRACIÓN, EJECUCIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL CONTRATO, POR HABER CUMPLIDO CON LOS REQUISITOS MÍNIMOS EXIGIDOS EN EL PRESENTE PROCESO DE SELECCIÓN.</td></tr>
<tr><td>PLAZO DE EJECUCION INICIAL</td><td>DIECINUEVE (19) MESES A PARTIR DE LA SUSCRIPCIÓN DEL ACTA DE INICIO.</td></tr>
<tr><td>SUPERVISION</td><td>SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA – CAM</td></tr>
<tr><td>ID SECOP</td><td>LP-01-CAM-2026</td></tr>
</table>

1. **ESTADO DE EJECUCION DEL CONTRATO:**
   - **SUSPENDIDO ( )**
   - **EN EJECUCION (X)**
   - **TERMINADO ( )**

SUPERVISION:
La UNIÓN TEMPORAL LATEL 2026 de forma permanente desarrolla la supervisión y el control de cada uno de los puestos de trabajo de nuestro personal de vigilancia donde constantemente se retroalimentan al personal en los procedimientos acordes y establecidos por la empresa:

1. Presentación personal, uniforme, corte de cabello, cabello recogido y afeitada de la barba.
2. Atención al cliente, cordialidad y amabilidad.
3. Cumplimiento de consigna generales y especificas.

4. Prohibición al servicio, recibir visitas y/o uso de aparatos distractores como el celular.
5. Conducto regular.
6. Capacitaciones generales.

NUMERO DE OBLIGACIONES	CUMPLE /NO CUMPLE	OBSERVACIONES
OBLIGACIONES DE CARÁCTER GENERAL DEL CONTRATISTA		
1. Cumplir oportunamente el objeto contractual, no solo a lo que en él se expresa, sino a todas las cosas que emanan precisamente de la naturaleza de la obligación, o que por ley pertenecen a ella, según la disposición del artículo 1603 del Código Civil y artículo 863 y 871 del Código de Comercio.	Durante el período de **junio de 2026**, la empresa de vigilancia y seguridad privada **LA UNION TEMPORAL LATEL.** cumplió oportunamente con el objeto contractual, de conformidad con las obligaciones establecidas en el contrato.	Cumple
2. **PERSONAL**: El Contratista deberá suministrar el personal idóneo para el total cubrimiento de las instalaciones donde se prestará el servicio de vigilancia privada, con y sin arma, de acuerdo con la siguiente descripción, por el termino de diecinueve (19) meses.	Durante el período de **junio de 2026**, la empresa de vigilancia y seguridad privada **LA UNION TEMPORAL LATEL.** Conto el personal idóneo para la prestación del servicio de vigilancia privada, garantizando el cubrimiento de las instalaciones conforme a lo establecido en el contrato.	Cumple
3. Garantizar la prestación integral del servicio de vigilancia y seguridad privada, mediante la implementación de medidas de prevención y control para la protección de los bienes e instalaciones de la Corporación; el control de acceso de personal, visitantes y vehículos; la atención oportuna de los requerimientos del supervisor del contrato; la capacitación permanente del personal de vigilancia; la disponibilidad de vigilancia electrónica las 24 horas; la operación continua de los sistemas tecnológicos de seguridad; y el cumplimiento de las obligaciones contractuales relacionadas con la protección de los bienes de la entidad.	Durante el mes de **junio de 2026**, **LA UNIÓN TEMPORAL LATEL** dio cumplimiento a las obligaciones contractuales mediante la ejecución de rondas de vigilancia, control de acceso de personal, visitantes y vehículos, revisión de paquetes y demás elementos, atención oportuna a los requerimientos del supervisor del contrato y capacitación continua del personal en temas como primeros auxilios, atención de emergencias, atención al cliente, prestación del servicio y relaciones interpersonales. Asimismo, mantuvo disponible el servicio de vigilancia electrónica las 24 horas y garantizó la operación de los sistemas tecnológicos de seguridad, incluyendo cámaras, alarmas, arco detector de metales y control de acceso. Como parte del fortalecimiento del sistema de seguridad, el 4 de junio de 2026 se realizó la inspección técnica en la sede principal de la CAM en Neiva para validar la instalación de 24 cámaras IP con inteligencia artificial, adelantándose el tendido de cableado; la instalación de los equipos quedó programada para la primera quincena de julio de 2026, conforme al cronograma del proveedor. Durante el período evaluado no se presentaron novedades relacionadas con pérdida de bienes o daños atribuibles a deficiencias en la prestación del servicio, evidenciándose el cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato.	Cumple Parcialmente los servicios tecnológicos.

4. Acreditar en las oportunidades que así se requiera, de conformidad con lo establecido en el inciso 2° del artículo 41 de la Ley 80 de 1993 adicionado mediante el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, la afiliación y el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral, así como los propios al Servicio Nacional de Aprendizaje — SENA, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar — ICBF, y las cajas-de Compensación Familiar, cuando corresponda, respecto al personal vinculado a la ejecución de la obra.	**LA UNION TEMPORAL LATEL.** acreditó el cumplimiento de las obligaciones relacionadas con los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y demás contribuciones legales aplicables, durante **Junio de 2026.**	Cumple
5. Mantener indemne a la CAM de cualquier reclamación de terceras personas, subcontratistas y proveedores y demás servicios requeridos para la ejecución del Contrato.	En J**unio de 2026**, **LA UNION TEMPORAL LATEL.** mantuvo indemne a la CAM frente a reclamaciones derivadas de la ejecución del contrato, conforme a las obligaciones contractuales.	Cumple
6. Responder civil y penalmente tanto por el cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato, como por los hechos u omisiones que le fueran imputables y que causen daño o perjuicio a la CAM o a un tercero, de conformidad con la Ley 80 de 1993.	**LA UNION TEMPORAL LATEL.** asumió la responsabilidad derivada del cumplimiento de las obligaciones contractuales, conforme a la normatividad vigente, durante **junio de 2026**.	Cumple
7. Indemnizar y asumir todo daño que cause a terceros o al personal contratado para la ejecución del Contrato.	Como parte de la ejecución contractual en **junio de 2026**, **LA UNION TEMPORAL LATEL.** mantuvo el compromiso de asumir las responsabilidades e indemnizaciones a que hubiere lugar, de conformidad con lo establecido en el contrato y la normatividad aplicable.	Cumple
8. Asumir el pago de los costos y gastos directos e indirectos de las cargas impositivas que se causen o llegaren a causarse por la celebración, ejecución y liquidación del Contrato.	Durante **junio de 2026**, **LA UNION TEMPORAL LATEL.** asumió los costos, gastos y cargas impositivas derivados de la ejecución del contrato, conforme a las disposiciones legales y contractuales.	Cumple
9. Notificar a la CAM en caso de cesión, compra o venta de derechos económicos, societarios o de cualquier índole, que estén relacionados con el Contrato.	**LA UNION TEMPORAL LATEL** en el mes de **Junio 2026** se dió cumplimiento a la presente obligación y se manifiesta el compromiso de notificar oportunamente a la CAM cualquier cesión, compra o venta de derechos económicos, societarios o de cualquier otra índole que se encuentre relacionada con el Contrato, de conformidad con los términos y condiciones establecidos en el mismo y en la normativa aplicable.	Cumple
10. Constituir las garantías exigidas y presentarlas a la Corporación para su aprobación y en caso de que se efectúen prórrogas, adiciones u otras	**LA UNION TEMPORAL LATEL.** mantuvo vigentes las garantías contractuales exigidas y realizó las actuaciones correspondientes conforme a las condiciones del contrato,	Cumple

modificaciones al contrato, presentar el certificado de modificación de las garantías de conformidad con el nuevo plazo y/o valores pactados, las cuales deben ser subidas al SECOP II.	durante **junio de 2026**.	
11. Suscribir las actas que se deriven del contrato y demás documentos que se requieran durante la ejecución contractual.	**LA UNION TEMPORAL LATEL** dio cumplimiento a la presente obligación mediante la suscripción de las actas y demás documentos requeridos durante la ejecución del contrato, de conformidad con los procedimientos y requisitos establecidos por las partes.	Cumple
12. Atender los requerimientos, instrucciones y/o recomendaciones que durante el desarrollo del contrato le imparta el supervisor de este, para una correcta ejecución y cumplimiento de sus obligaciones.	En **junio de 2026**, **LA UNION TEMPORAL LATEL.** Acató los requerimientos, instrucciones y recomendaciones impartidas por el supervisor del contrato para el adecuado desarrollo de las actividades contratadas.	Cumple
13. Entregar al supervisor del Contrato los informes que este solicite en cualquier momento, sobre cualquier aspecto, incluyendo resultados de funcionalidad o corrección de los bienes o servicios contratados, cuando así se requiera, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes al recibo de la solicitud por parte del supervisor.	Cuando fue requerido durante **junio de 2026**, **LA UNION TEMPORAL LATEL.** presentó al supervisor del contrato los informes solicitados dentro de los plazos establecidos contractualmente.	Cumple
14. Asumir los riesgos previsibles de la ejecución del Contrato, y adoptar todas las medidas necesarias para mitigarlos.	**LA UNION TEMPORAL LATEL** dio cumplimiento a la presente obligación mediante la identificación y gestión de los riesgos previsibles asociados a la ejecución del contrato, adoptando las medidas preventivas y de mitigación necesarias para evitar su materialización y garantizar el adecuado desarrollo de las actividades contractuales.	Cumple
15. Mantener las condiciones exigidas y ofrecidas en su Oferta durante la ejecución del Contrato.	**LA UNION TEMPORAL LATEL** dio cumplimiento a la presente obligación, manteniendo durante el mes de Junio 2026 las condiciones técnicas, jurídicas, financieras y de experiencia exigidas y las ofrecidas en la propuesta presentada, garantizando el cumplimiento de los compromisos adquiridos.	Cumple
16. Ante la necesidad de prescindir de los servicios de alguno de los integrantes del equipo propuesto en la oferta técnica, deberá informar por escrito a la Corporación y reemplazarlo por otro que cumpla las mismas características a las exigidas en el Pliego de Condiciones, anexando hoja de vida con los respectivos soportes, tanto de formación académica como los de	**LA UNION TEMPORAL LATEL** dio cumplimiento a la presente obligación. Durante la ejecución del mes de Junio 2026. No fue necesario reemplazar a los integrantes del equipo de trabajo propuesto en la oferta técnica. En consecuencia, se mantuvo el personal inicialmente aprobado, cumpliendo con los perfiles y requisitos exigidos en el Pliego de Condiciones.	Cumple

experiencia, para revisión y aprobación de la supervisión y presentar la respectiva vinculación al sistema de seguridad social una vez haya sido verificado el cumplimiento de los requisitos exigidos por la Corporación en el Pliego de Condiciones. De igual forma deberá vincular el personal adicional que requiera necesario para dar cumplimiento al objeto contractual dentro del término establecido.		
17. Cumplir con las normas del Sistema General de Riesgos Laborales, según lo indicado en el artículo 2.2.4.2.2.16., del Decreto 1072 de 2015.	**LA UNION TEMPORAL LATEL.** dio cumplimiento a las disposiciones del Sistema General de Riesgos Laborales, de conformidad con la normatividad vigente, durante **junio de 2026**.	Cumple
18. No causar daños a personas y bienes de terceros o de la CAM; y responder por los daños eventuales que ocasione por imprudencia, negligencia, impericia o descuido, dentro o fuera de los lugares donde se han de ejecutar los trabajos, derivados de su actividad y/o la de sus trabajadores.	**LA UNION TEMPORAL LATEL** dio cumplimiento a la presente obligación, en el mes de Junio 2026 desarrollando las actividades contractuales con la debida diligencia, cuidado y observancia de las normas aplicables, con el fin de prevenir la ocurrencia de daños a personas o bienes de terceros o de la CAM.	Cumple
19. Defender en todas sus actuaciones, los intereses de la Corporación y obrar con lealtad y buena fe, guardando la debida reserva y confidencialidad en relación con los documentos y demás información que conozca y, no utilizarla para otros fines diferentes al objeto del contrato.	En el desarrollo de las actividades correspondientes a **junio de 2026**, **LA UNION TEMPORAL LATEL.** actuó con lealtad, buena fe y confidencialidad, velando por los intereses de la Corporación conforme a las obligaciones contractuales.	Cumple
20. Mantener la reserva de la información con la que se disponga acceso o la recolectada para el desarrollo de las actividades a prestar, al igual que hacer una entrega total de la información al finalizar el contrato, y no realizar la divulgación de la misma sin autorización por parte de la CAM, garantizando el adecuado cuidado, conservación y custodia de los materiales, documentos, bienes y demás elementos de la Corporación utilizados o entregados para la ejecución de las actividades contractuales y emplearlos exclusivamente para el cumplimiento del objeto contractual.	**LA UNION TEMPORAL LATEL.** garantizó la reserva y el adecuado manejo de la información, documentos y demás bienes suministrados para la ejecución del contrato, durante **junio de 2026**.	Cumple

21. Al contratista le queda prohibido y deberá de abstenerse de realizar cualquier conducta que afecte la correcta administración pública o la comisión de delitos relacionados con actos de corrupción, debido que la ejecución contractual debe estar moralmente fundamentado en su ética profesional y, lealtad para con la entidad estatal como principio fundamental constitucional.	Durante **junio de 2026**, **LA UNION TEMPORAL LATEL.** desarrolló la ejecución del contrato con observancia de los principios de ética, transparencia, integridad y legalidad, conforme a las obligaciones contractuales.	Cumple
22. El contratista deberá velar porque en la ejecución del contrato, o en el desarrollo de este, no se altere ni se vea perjudicado el componente ambiental, como lo son los recursos naturales, y en general, el medio ambiente, y de llegar a presentarse una situación fáctica en la que se causen perjuicios ambientales, apoyar a la Corporación con la adopción de medidas correctivas correspondientes.	En **junio de 2026**, **LA UNION TEMPORAL LATEL.** ejecutó las actividades contractuales promoviendo el cuidado del medio ambiente y el cumplimiento de las disposiciones ambientales aplicables.	Cumple
23. No ejercer ninguna forma de violencia contra las mujeres y basada en género, actos de racismo o discriminación, y a cumplir a cabalidad con el sistema de gestión de la entidad que incorpora el "Protocolo para la prevención, atención y medidas de protección de todas las formas de violencia contra las mujeres y basadas en género y/o discriminación por razón de raza, etnia, religión, nacionalidad, ideología política o filosófica, sexo u orientación sexual o discapacidad y demás razones de discriminación en el ámbito laboral y contractual del sector público".	En **junio de 2026**, **LA UNION TEMPORAL LATEL** dio cumplimiento a la presente obligación, desarrollando la ejecución del contrato con estricto respeto por los principios de igualdad, dignidad, inclusión y no discriminación.	Cumple

1. ARMAMENTO Y COMUNICACIONES POR SEDES DE LA CAM

No	PUESTO	CLASE	CALIBRE	MARCA	MUNICION	SALVOCONDUCTO
1	SEDE PRINCIPAL - NEIVA	REVOLVER	38L	LLAMA	6	T4301196

No	SEDE	TIPO	NUMERO	BATERIA	CARGADOR
1	SEDE PRINCIPAL - NEIVA	CELULAR	3105886969	1	1
2	SEDE TERITORIAL - GARZON	CELULAR	3105882546	1	1
3	SEDE TERITORIAL – LA PLATA	CELULAR	3105886938	1	1
4	SEDE TERITORIAL - PITALITO	CELULAR	3222506611	1	1

2. VIGILANCIA CON MEDIOS TECNOLOGICOS

	INSTALADO	PENDIENTE	INSTALADO	PENDIENTE	INSTALADO	PENDIENTE	INSTALADO
SEDE	**NEIVA**		**GARZON**		**PITALITO**		**LA PLATA**
CÁMARAS	36	24	13	-	4	-	2
CAMARAS DIGITALES	-	-	-	-	2	-	-
ALARMAS	7	-	3	-	1	-	1
ARCO DETECTOR	1	-	-	-	-	-	-
CONTROL DE INGRESO	1	-	-	-	-	-	-
CONTROL DE INGRESO FUNCIONARIOS	-	1	-	-	-	-	-
MONITOREO CCTV Y CAMARAS	FUNCIONANDO PERMANENTEMENTE						
MANTENIMIENTO CCTV Y CAMARAS	DE ACUERDO A LO REQUERIDO						

3. RELACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO

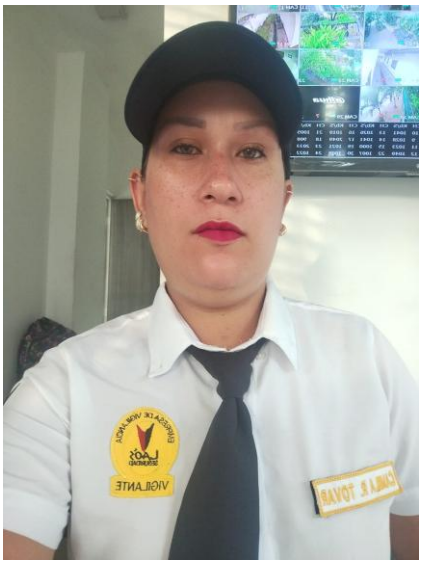
1. PORTERIA SEDE PRINCIPAL (CAM) NEIVA		
CANT.	**NOMBRE**	**CEDULA**
1	**ARMANDO ALARCON**	**83.235.900**
2	**EDISON ROLANDO BARRIOS**	**7.713.089**
3	**CARLOS ALEXANDER CARVAJAL**	**7.708.896**



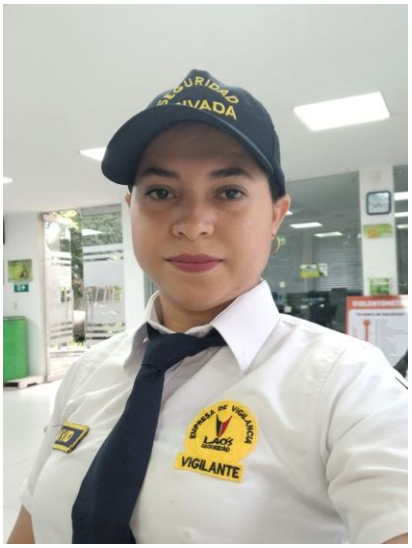




2. RONDERO CAM SEDE PRINCIPAL		
CANT.	NOMBRE	CEDULA
1	MARIA CAMILA REVELO TOVAR	1075.267.940



3. RECEPCION CAM SEDE PRINCIPAL		
CANT.	NOMBRE	CEDULA
1	LINZA KRISTELL CADAVID ESCOBAR	1075.268.423



4. DIRECCION TERRITORIAL CENTRO CAM - GARZON		
CANT.	NOMBRE	CEDULA
1	FABIAN ALBERTO MURCIA	12.194.661
2	EDWIN NEISER PASAJE COYAZOS	12.180.454
3	HENRRY GALINDO VEJARANO	12.196.426





5. TERUEL CAV - CAM		
CANT.	NOMBRE	CEDULA
1	HEMINSON MORALES VARGAS	7.692.841
2	JHON FREDY QUINTERO VARGAS	83.235.214



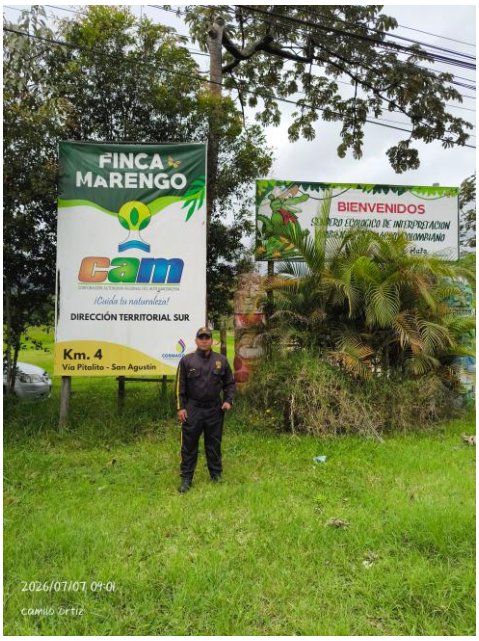


6. CAM – LA PLATA		
CANT.	**NOMBRE**	**CEDULA**
1	**ALEXANDER MORENO**	**7.710.890**



7. CAM PITALITO - FINCA MARENGO		
CANT.	**NOMBRE**	**CEDULA**
1	**OVIEDO BARRIOS WILBERT KERWIN**	**1083871890**
2	**CHANTRE ARGOTE WILLIAM HERNAN**	**1084262592**
3	**ALVAREZ DARWIN HERNAN**	**1082773725**





8. CAM PITALITO - FINCA QUINTALICIA		
CANT.	NOMBRE	CEDULA
1	CUSPIAN MIGUEL ANGEL	12144950
2	CALDERON SANTIAGO JUAN GABRIEL	1080932246
3	PELAEZ VIUCHE JULIAN ANDRES	1083899363





4. PROGRAMACIONES

Adjunto se anexan las programaciones del mes de Junio de cada una de las sedes a custodiar.

PROGRAMACIÓN SERVICIO DE VIGILANCIA CAM - JUNIO 2026

PUESTO	APELLIDOS Y NOMBRES	CEDULA	CELULAR	L	M	MI	J	V	S	D	L	M	MI	J	V	S	D	L	M	MI	J	V	S	D	L	M	MI	J	V	S	D	L	M	MI
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	1
PORTERIA SEDE PRINCIPAL ARMADO - NEIVA	ARMANDO ALARCON	83.235.900	3153707763	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N
	EDISON ROLANDO BARRIOS	7.713.089	3132937592	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L
	CARLOS ALEXANDER CARVAJAL	7.708.896	3212005113	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D
RONDERO CAM SEDE PRINCIPAL	MARIA CAMILA REVELO TOVAR	1.075.267.940	3112397251	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D
RECEPCIÓN CAM SEDE PRINCIPAL	LINZA KRISTELL CADAVID ESCOBAR	1.075.268.423	3133358079	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D
GARZÓN - DIRECCIÓN TERRITORIAL CENTRO CAM	FABIAN ALBERTO MURCIA	12.194.661	3214927017	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N
	EDWIN NEISER PASAJE COYAZOS	12.180.454	3182638381	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L
	HENRRY GALINDO VEJARANO	12.196.426	3162763419	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D	D	D	N	N	N	L	L	L	D
TERUEL CAV - CAM	HEMINSON MORALES VARGAS	7.692.841	3203981871	N	N	L	L	N	N	N	N	L	N	N	L	D	D	D	N	L	L	N	N	N	L	L	N	N	L	D	D	D	N	
	JHON FREDY QUINTERO VARGAS	83.235.214	3174228639	L	L	N	N	L	D	D	D	N	L	L	N	N	N	N	L	N	N	L	D	D	N	N	L	L	N	N	N	N	L	
CAM - LA PLATA	ALEXANDER MORENO	7.710.890	3102941100	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D	D	D	L	L	D	D	D

UNIÓN TEMPORAL LATEL 2026

	PROGRAMACION DE TRABAJO	CODIGO:	OPE - FOR-004
		VERSION:	OO
		VIGENCIA:	1-oct-10

PROGRAMACION MES DE:	JUNIO	PUESTO:	CAM PITALITO QUINTALICIA

VIGILANTE:	MIGUEL ANGEL CUSPIAN																													NOVEDADES
DIA	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	
FECHA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
06:00-18:00			X	X					X	X					X	X					X	X					X	X			
18:00-06:00					X	X					X	X					X	X					X	X					X	X	
DESCANSO	X	X					X	X					X	X					X	X					X	X					

VIGILANTE:	JUAN CALDERON																													NOVEDADES
DIA	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	
FECHA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
06:00-18:00					X	X					X	X					X	X					X	X					X	X	
18:00-06:00	X	X					X	X					X	X					X	X					X	X					
DESCANSO			X	X					X	X					X	X					X	X					X	X			

VIGILANTE:	JULIAN PELAEZ																													NOVEDADES
DIA	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	
FECHA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
06:00-18:00	X	X					X	X					X	X					X	X					X	X					
18:00-06:00			X	X					X	X					X	X					X	X					X	X			
DESCANSO					X	X					X	X					X	X					X	X					X	X	

PROGRAMACION MES DE:	JUNIO	PUESTO:	CAM PITALITO MERENGO

VIGILANTE:	WILBER OVIEDO																													NOVEDADES
DIA	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	
FECHA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
06:00-18:00			X	X					X	X					X	X					X	X					X	X			
18:00-06:00					X	X					X	X					X	X					X	X					X	X	
DESCANSO	X	X					X	X					X	X					X	X					X	X					

VIGILANTE:	WILLIAM CHANTRE																													NOVEDADES
DIA	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	
FECHA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
06:00-18:00	X	X					X	X					X	X					X	X					X	X					
18:00-06:00			X	X					X	X					X	X					X	X					X	X			
DESCANSO					X	X					X	X					X	X					X	X					X	X	

VIGILANTE:	DARWIL ALVAREZ																													NOVEDADES
DIA	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	
FECHA:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
06:00-18:00					X	X					X	X					X	X					X	X					X	X	
18:00-06:00	X	X					X	X					X	X					X	X					X	X					
DESCANSO			X	X					X	X					X	X					X	X					X	X			

5. VALOR DE LOS SERVICIOS DE JUNIO DE 2026

COSTO DEL SERVICIO DE VIGILANCIA FISICA	$100.008.373
COSTO DE VIGILANCIA ELECTRONICA	$ 2.628.449
VALOR TOTAL SERVICIO JUNIO	$102.636.822

ALVARO ORDOÑEZ ORTIZ
Representante Legal Unión LATEL 2026.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 839000088	1	LAOS SEGURIDAD LTDA.	A - 200 O MAS COTIZANTES	HUILA1	CALLE 7A NO.30A-61	NEIVA-HUILA	8600500	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-07	456053324	9507536039	E	2026/07/23	2026/07/06	BANCOLOMBIA		$7,640,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	83235900	ALARCON ARMANDO	X								X									231001	30	$2,676,762	$428,300	EPS037	30	$2,676,762	$107,100	CCF32	30	$2,676,762	$107,100	14-4	30	$2,676,762	4.350%	$116,500	30	$0	$0	Si	$759,000
2	CC	7713089	BARRIOS EDISON	X								X									230201	30	$2,676,762	$428,300	EPS005	30	$2,676,762	$107,100	CCF32	30	$2,676,762	$107,100	14-4	30	$2,676,762	4.350%	$116,500	30	$0	$0	Si	$759,000
3	CC	1075268423	CADAVID LINZA	X																	230201	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$70,100	CCF32	30	$1,750,905	$70,100	14-4	30	$1,750,905	4.350%	$76,200	30	$0	$0	Si	$496,600
4	CC	7708896	CARVAJAL CARLOS	X								X									230301	30	$2,676,762	$428,300	MIN001	30	$2,676,762	$107,100	CCF32	30	$2,676,762	$107,100	14-4	30	$2,676,762	4.350%	$116,500	30	$0	$0	Si	$759,000
5	CC	12196426	GALINDO HENRRY	X								X									230301	30	$2,676,762	$428,300	EPS005	30	$2,676,762	$107,100	CCF32	30	$2,676,762	$107,100	14-4	30	$2,676,762	4.350%	$116,500	30	$0	$0	Si	$759,000
6	CC	7692841	MORALES HERMINSO	X								X									25-14	30	$2,816,039	$450,600	ESSC62	30	$2,816,039	$112,700	CCF32	30	$2,816,039	$112,700	14-4	30	$2,816,039	4.350%	$122,500	30	$0	$0	Si	$798,500
7	CC	7710890	MORENO ALEXANDER	X																	230301	30	$1,750,905	$280,200	MIN001	30	$1,750,905	$70,100	CCF32	30	$1,750,905	$70,100	14-4	30	$1,750,905	4.350%	$76,200	30	$0	$0	Si	$496,600
8	CC	12194661	MURCIA FABIAN	X								X									230301	30	$2,676,762	$428,300	EPS037	30	$2,676,762	$107,100	CCF32	30	$2,676,762	$107,100	14-4	30	$2,676,762	4.350%	$116,500	30	$0	$0	Si	$759,000
9	CC	12180454	PASAJE NEICER	X								X									25-14	30	$2,676,762	$428,300	EPS037	30	$2,676,762	$107,100	CCF32	30	$2,676,762	$107,100	14-4	30	$2,676,762	4.350%	$116,500	30	$0	$0	Si	$759,000
10	CC	83235214	QUINTERO JOHN	X								X									230301	30	$2,816,039	$450,600	EPS037	30	$2,816,039	$112,700	CCF32	30	$2,816,039	$112,700	14-4	30	$2,816,039	4.350%	$122,500	30	$0	$0	Si	$798,500
11	CC	1075267940	REVELO MARIA	X																	230301	30	$1,750,905	$280,200	EPS037	30	$1,750,905	$70,100	CCF32	30	$1,750,905	$70,100	14-4	30	$1,750,905	4.350%	$76,200	30	$0	$0	Si	$496,600
Total			Afiliados(11)																				$26,945,365	$4,311,600			$26,945,365	$1,078,300			$26,945,365	$1,078,300			$26,945,365		$1,172,600		$0	$0		$7,640,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO
AFP (ADMINISTRADORAS: 4)				11	$4,311,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$428,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$878,900
PORVENIR	230301	800,224,808	8	6	$2,295,900
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$708,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$1,172,600
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	11	$1,172,600
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				11	$1,078,300
COMFAMILIAR HUILA	CCF32	891,180,008	2	11	$1,078,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				11	$1,078,300
ASMET SALUD EPS SAS	ESSC62	900,935,126	7	1	$112,700
FOSYGA	MIN001	901,037,916	1	2	$177,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	5	$504,100
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$284,300
TOTAL				11	$7,640,800

EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 23 DE LA LEY 1150 DE 2007

El suscrito Representante Legal y Revisor Fiscal de la EMPRESA LAOS SEGURIDAD LTDA, identificada con Nit. 839.000.088-1, bajo la gravedad de juramento manifiesto, que la empresa ha cumplido durante el periodo del mes de junio de 2026, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas promotoras de salud –EPS–, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales–ARP–,las Cajas de Compensación Familiar, el instituto Colombiano de Bienestar Familiar –ICBF– y el Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA–. En cumplimiento a lo estipulado a las leyes 789 de 2002, articulo 50 y 1150 de 2007, articulo 23.

icontec ISO 9001
SC-2000324
BASC
COLPEI00035-1-16

Igualmente, la empresa se encuentra al día con sus empleados salarios y dotaciones, corresponde a la vigencia.

Lo anterior se firma a solicitud del interesado, dado a los seis (6) días del mes de julio del 2026.

ÁLVARO ORDOÑEZ ORTIZ
Representante Legal
LAOS SEGURIDAD LTDA

HERSON YOHAN VALENZUELA
Revisor Fiscal

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

010F96E21D2BB8FA

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **HERSON YOHAN VALENZUELA CAMACHO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1075270518 de NEIVA (HUILA) Y Tarjeta Profesional No 211797-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 28 días del mes de Mayo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

Sandra M Barrios
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Comercio Industria y Turismo

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO

211797-T



HERSON YOHAN
VALENZUELA CAMACHO
C.C. 1075270518
RESOLUCION INSCRIPCION 852
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

FECHA 22/12/2015

DIRECTOR GENERAL

OSCAR EDUARDO FUENTES PEÑA

224716

214529

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogota D.C.

www.ideqs.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.075.270.518**
VALENZUELA CAMACHO

APELLIDOS
HERSON YOHAN

NOMBRES

Herson Valenzuela

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **01-MAY-1993**
NEIVA
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-MAY-2011 NEIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1900100-00305963-M-1075270518-20110603 **0027140466A 1** 35777465

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 800237731	6	TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	CAM	CALLE 6C N 17 81	NEIVA-HUILA	8630808	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-07	459852470	9507654088	E	2026/07/08	2026/07/07	BANCO DAVIVIENDA	0	$5,487,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: CAM (7 Afiliados)																						$19,100,381	$3,056,300			$19,100,381	$761,900			$19,100,381	$761,900			$19,100,381		$907,300		$0	$0		$5,487,400
Centro de Trabajo: CAM (6 Afiliados)																						$16,088,031	$2,574,300			$16,088,031	$641,400			$16,088,031	$641,400			$16,088,031		$697,600		$0	$0		$4,554,700
Ciudad: NEIVA Depto: HUILA (6 Afiliados)																						$16,088,031	$2,574,300			$16,088,031	$641,400			$16,088,031	$641,400			$16,088,031		$697,600		$0	$0		$4,554,700
1	CC	1082773725	ALVAREZ DARWIN									X									230301	30	$2,676,762	$428,300	EPS037	30	$2,676,762	$107,100	CCF32	30	$2,676,762	$107,100	14-4	30	$2,676,762	4.350%	$116,500	30	$0	$0	Si	$759,000
2	CC	1080932246	CALDERON JUAN									X									230301	29	$2,586,167	$413,800	EPS037	29	$2,586,167	$103,500	CCF32	29	$2,586,167	$103,500	14-4	29	$2,586,167	4.350%	$112,500	29	$0	$0	Si	$733,300
3	CC	1080932246	CALDERON JUAN										X								230301	1	$58,364	$9,400	EPS037	1	$58,364	$0	CCF32	1	$58,364	$0	14-4	1	$58,364	0.000%	$0	1	$0	$0	Si	$9,400
4	CC	1084262592	CHANTRE WILLIAM									X									230301	30	$2,676,762	$428,300	EPS037	30	$2,676,762	$107,100	CCF32	30	$2,676,762	$107,100	14-4	30	$2,676,762	4.350%	$116,500	30	$0	$0	Si	$759,000
5	CC	12144950	CUSPIAN LUIS									X									230301	30	$2,676,762	$428,300	EPS037	30	$2,676,762	$107,100	CCF32	30	$2,676,762	$107,100	14-4	30	$2,676,762	4.350%	$116,500	30	$0	$0	Si	$759,000
6	CC	1083871890	OVIEDO WILBER									X									230201	30	$2,676,762	$428,300	EPS005	30	$2,676,762	$107,100	CCF32	30	$2,676,762	$107,100	14-4	30	$2,676,762	4.350%	$116,500	30	$0	$0	Si	$759,000
7	CC	1083899363	PELAEZ JULIAN									X									230301	30	$2,736,452	$437,900	EPS005	30	$2,736,452	$109,500	CCF32	30	$2,736,452	$109,500	14-4	30	$2,736,452	4.350%	$119,100	30	$0	$0	Si	$776,000
Centro de Trabajo: ESCOLTAS (1 Afiliados)																						$3,012,350	$482,000			$3,012,350	$120,500			$3,012,350	$120,500			$3,012,350		$209,700		$0	$0		$932,700
Ciudad: NEIVA Depto: HUILA (1 Afiliados)																						$3,012,350	$482,000			$3,012,350	$120,500			$3,012,350	$120,500			$3,012,350		$209,700		$0	$0		$932,700
8	CC	7701132	MEDINA FAIVER																		25-14	30	$3,012,350	$482,000	EPS005	30	$3,012,350	$120,500	CCF32	30	$3,012,350	$120,500	14-4	30	$3,012,350	6.960%	$209,700	30	$0	$0	Si	$932,700
Total			**Afiliados(7)**																				$19,100,381	$3,056,300			$19,100,381	$761,900			$19,100,381	$761,900			$19,100,381		$907,300		$0	$0		$5,487,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				7	$3,056,300	$0	$0	$3,056,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$482,000	$0	$0	$482,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	5	$2,146,000	$0	$0	$2,146,000
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$428,300	$0	$0	$428,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$907,300	$0	$0	$907,300
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	7	$907,300	$0	$0	$907,300
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				7	$761,900	$0	$0	$761,900
COMFAMILIAR HUILA	CCF32	891,180,008	2	7	$761,900	$0	$0	$761,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 2)				7	$761,900	$0	$0	$761,900
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	4	$424,800	$0	$0	$424,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	3	$337,100	$0	$0	$337,100
TOTAL				**7**	**$5,487,400**	**$0**	**$0**	**$5,487,400**

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002 y ARTÍCULO 23 DE LA LEY 1150 DE 2007

Yo, **MARIO CASANOVA DIAZ,** identificado con la cédula de ciudadanía No. 4.888.132 de Altamira Huila, en mi calidad de **REVISOR FISCAL,** de la empresa **TELEVIGILANCIA LTDA "PROTECCION & SEGURIDAD"** con NIT No. 800.237.731 - 6 (en adelante **"la empresa")** manifiesto bajo la gravedad del juramento que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de entrega de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, Fondos de pensiones, Administradoras de Riesgos Laborales -ARL, Caja de Compensación Familiar, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF, Salarios del personal vinculado a la fecha y Servicio Nacional de Aprendizaje - SENA-

Que mediante Resolución No. 193 de 2006 el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA fijo el número de aprendices que debe vincular la sociedad.

Que, con base en la anterior Resolución, la sociedad viene dando estricto cumplimiento a lo ordenado por la Ley 789 de 2002, modificado por el artículo 1 de la ley 828 de 2003.

Dada en Neiva Huila, a los ocho (08) días del mes de Julio de 2026

Mario Casanova Díaz
Identificación No. 4.888.132 de Altamira Huila
En calidad de Revisor Fiscal
Tarjeta Profesional 48527 – T

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

F1BA298A8474 9ECE

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **MARIO CASANOVA DIAZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 4888132 de ALTAMIRA (HUILA) Y Tarjeta Profesional No 48527-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS ******************************
****
****

Dado en BOGOTA a los 27 días del mes de Mayo de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO
DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO



48527-T

MARIO
CASANOVA DIAZ
C.C. 4888132
RESOLUCION INSCRIPCION 78 FECHA 25/07/96
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Presidente

00056231

FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en la ley 43 de 1990.
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla al Ministerio de Educación Nacional - Junta Central de Contadores.

003978

REPUBLICA DE COLOMBIA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **4.888.132**

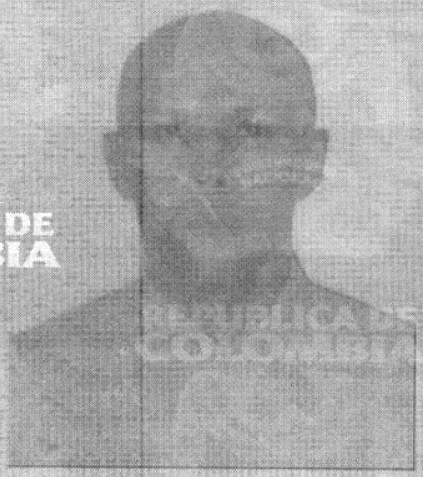
CASANOVA DIAZ

APELLIDOS

MARIO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-1965**

GARZON
(HUILA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	**O+**	**M**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

07-SEP-1983 ALTAMIRA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1900100-00152348-M-0004888132-20090310 **00102**89466A 1 6660029656

Banco de Bogotá

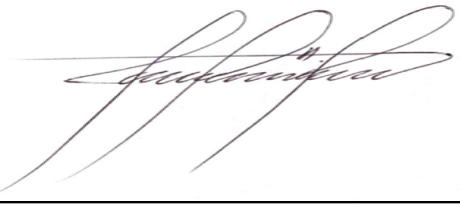
EL BANCO DE BOGOTA

INFORMA:

Que la empresa UNION TEMPORAL LATEL 2026 identificado(a) con NITPJ 9020712407 está vinculado(a) al BANCO DE BOGOTA a través de la CTA AHORROS AH Superdía Jurídica No. 442813952 desde el 16 de julio de 2026, este producto se encuentra Vigente.

Esta información es confidencial, no es una recomendación de negocio y se suministra sin responsabilidad del banco, se expide el 16 de julio de 2026, a solicitud del interesado, con destino a quien interese.

Atentamente,



Olga Yanira Otálora Guerrero

Gerencia de Soluciones para el Cliente

Banco de Bogota

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 19244864 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 01/07/2026 02:55 PM

Código Verificación: **C2QYZVKAXN**

Válida hasta: **29/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 36165333 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 17/06/2026 06:09 PM

Código Verificación: **JX7BKAQE6P**

Válida hasta: **15/09/2026**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

REGISTRO DE INDUCCIÓN Y REINDUCCIÓN SISTEMAS DE GESTIÓN

F-CAM- 304 Versión 2 febrero 9 de 2024

REGISTRO

FECHA: 11 de Junio de 2026 **INDUCCIÓN** x **REINDUCCIÓN**

NOMBRE: **Cristhian David Pantoja** **CEDULA:** 1075283040

DEPENDENCIA: **N/A** **CARGO:** N/A

ENCARGADO DE LA INDUCCION: ANA MARÍA CHACÓN – MARTHA VIVIANA DIAZ QUINTERO

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer al personal que ingresa a la Corporación las políticas, procedimientos y normas de seguridad y salud en el trabajo, calidad y medio ambiente establecidas y así promover y preservar la salud de los colaboradores, satisfacción de cliente interno y externo y el compromiso asumido con la protección del medio ambiente.

CONTENIDO

Durante la jornada se presentan los siguientes temas:

- Plataforma Estratégica
- Bases del SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL Y DE RIESGOS LABORALES.
- Conceptos básicos de SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
- Explicación del REGLAMENTO DE HIGIENE Y SEGURIDAD INDUSTRIAL.
- Divulgación factores de riesgo y sus medidas preventivas al interior de la empresa.

  BIOLÓGICO — FÍSICO — QUÍMICO
  PSICOSOCIAL — BIOMECÁNICOS — CONDICIONES DE SEGURIDAD
  FENOMEROS NATURALES
  DE SEGURIDAD VIAL
- Política y Objetivos adoptadas y apropiadas por los Sistemas de Gestión
- Identificación de Aspectos e impactos ambientales y sus controles
- Programas internos de gestión enfocados tanto a la Seguridad y Salud en el Trabajo como Ambientales
- Roles y Responsabilidades del SIG
- Administración del riesgo
- Gestión Ambiental Interna
- Directrices CAM para Ahorro y Uso Eficiente de la Energía

COMPROMISO

Como colaborador de la empresa; el asistente a la jornada se compromete con las normas y procedimientos de seguridad y salud, calidad y ambiente dados por la empresa para el desarrollo seguro de mi labor.

Declara que conoce el reglamento de Higiene y Seguridad Industrial, las responsabilidades dentro del SG SST, los riesgos a los cuales está expuesto y las medidas preventivas que la empresa ha diseñado para mitigarlos; así mismo los procedimientos y protocolos generales de Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa y se compromete a cumplirlos e informar de inmediato cualquier condición insegura que considere afecte su salud y condiciones de trabajo.

De igual manera declara que participará conscientemente en el cumplimiento de los controles definidos a través de los programas ambientales, los procedimientos, manuales y todos los documentos que se adopten por el Sistema Integrado de Gestión y se compromete a informar de inmediato la materialización de riesgos de gestión y/o corrupción y cualquier situación que pudiera generar una emergencia ambiental.

CONSTANCIA DE PARTICIPACIÓN

Hacemos constar que el colaborador arriba descrito participó de la jornada de inducción / reinducción llevada a cabo el día **11 de junio de 2026.**

Responsable del SG-SST
ANA MARÍA CHACÓN
C.C. 1.075.267.670

Responsable designado SIG
MARTHA VIVIANA DIAZ QUINTERO
C.C 1.075.223.945

CERTIFICADO

La suscrita Shirley Tatiana Castro Morea, responsable del SGSST, identificada con cedula de ciudadanía y No 1.075.258.764, en calidad de responsable del SGSST y directora HSEQ de la empresa de **LAOS SEGURIDAD LTDA**, identificada con **NIT 839.000.088**, certifica:

en cumplimiento de las actividades de capacitación establecidas dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), se llevó a cabo la capacitación denominada **"Prevención y Atención de Emergencias SG-SST",** los días 22, 23, 24, 25 Y 26 de junio a las 14:00, dirigida al personal vinculado al contrato con la Corporación Autónoma Regional del Alto Magdalena – CAM.

La capacitación fue desarrollada con el propósito de fortalecer los conocimientos y competencias de los trabajadores para la prevención, preparación y respuesta ante situaciones de emergencia, de conformidad con la normatividad vigente, especialmente la Resolución 40595 de 2022 y el Decreto 1072 de 2015.

La presente certificación se expide a solicitud de la parte interesada, como constancia de la realización de la actividad de capacitación.

Se expide en la ciudad de Neiva, a los quince (15) días del mes de julio de 2026.

Atentamente,

SHIRLEY TATIANA CASTRO MOREA
Directora HSEQ
Correo: direccionhseq2@laosseguridad.com.co
Dirección: Calle 7ª # 30ª -61
Teléfono: 3102619837

AXA COLPATRIA

Certificado de accidentalidad

ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A
NIT. 860.002.183

CERTIFICA

Que la empresa LAOS SEGURIDAD LTDA identificada con NIT 839000088 con contrato de afiliación No. 162855 afiliada a ARL AXA COLPATRIA desde el 01-03-2012 cotizando con nivel de riesgo 4 presenta las siguientes estadísticas respecto a accidentes de trabajo:

DATOS DEL CERTIFICADO

Datos	2024	2025	2026
Número de Trabajadores:	536	674	511
Horas hombre trabajadas teóricas:	1,342,151	1,685,436	710,520
Accidentes Laborales:	16	7	4
Enfermedad Laboral:	0	0	0
Incapacidad permanente parcial (IPP):	0	0	0
Número de casos de invalidez:	0	0	0
Número de casos fatales:	0	0	0
Total días perdidos y cargados:	27	23	70
Total días por incapacidad temporal:	27	23	70
Días cargados por IPP:	0	0	0
Dias cargados por invalidez:	0	0	0
Dias cargados por fatales:	0	0	0

INDICES DEL CERTIFICADO

Datos	2024	2025	2026
Tasa de accidentalidad:	2.98	1.04	0.78
Indice de frecuencia:	2.86	1.00	1.35
Indice de severidad:	4.83	3.28	23.64
Indice lesion incapacitante:	0.01	0.00	0.03

AXA COLPATRIA

Certificado de accidentalidad

ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A

NIT. 860.002.183

"El presente documento fué obtenido por la empresa LAOS SEGURIDAD LTDA del portal transaccional de AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. Administradora de Riesgos Laborales, usando las claves asignadas para dicha entidad. Su contenido refleja los reportes de accidentes de trabajo y enfermedades laborales y demás información suministrada por la empresa a la Administradora de Riesgos Laborales"

La presente solicitud se expide a los (15-07-2026)

Código de verificación

5cce53da-371f-405c-b292-390c5b47773d

AXA COLPATRIA

Certificado de accidentalidad

ARL AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A
NIT. 860.002.183

CERTIFICA

Que la empresa TELEVIGILANCIA LTDA identificada con NIT 800287731 con contrato de afiliación No. 213190 afiliada a ARL AXA COLPATRIA desde el 01-05-2017 cotizando con nivel de riesgo 4 presenta las siguientes estadísticas respecto a accidentes de trabajo:

DATOS DEL CERTIFICADO

Datos	2026
Número de Trabajadores:	515
Horas hombre trabajadas teóricas:	741,600
Accidentes Laborales:	1
Enfermedad Laboral:	0
Incapacidad permanente parcial (IPP):	0
Número de casos de invalidez:	0
Número de casos fatales:	0
Total días perdidos y cargados:	0
Total días por incapacidad temporal:	0
Días cargados por IPP:	0
Dias cargados por invalidez:	0
Dias cargados por fatales:	0

INDICES DEL CERTIFICADO

Datos	2026
Tasa de accidentalidad:	0.19
Indice de frecuencia:	0.32
Indice de severidad:	0.00
Indice lesion incapacitante:	0.00

"El presente documento fué obtenido por la empresa TELEVIGILANCIA LTDA del portal transaccional de AXA COLPATRIA Seguros de Vida S.A. Administradora de Riesgos Laborales, usando las claves asignadas para dicha entidad. Su contenido refleja los reportes de accidentes de trabajo y enfermedades laborales y demás información suministrada por la empresa a la Administradora de Riesgos Laborales"

La presente solicitud se expide a los (21-07-2026)

Código de verificación

08d82a31-2fe2-4fb8-a37c-3f9698b8f6f3

CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-05-30 07:30:21

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE LINZA KRISTELL CADAVID ESCOBAR
Nº DOC. CC - 1075268423
ESTADO CIVIL CASADO
AÑOS: 33 **MESES:** 4 **DIAS:** 1
EMPRESA: LAOS SEGURIDAD
FECHA DE NACIMIENTO 1993-01-29
ACOMPAÑANTE
OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

DIRECCIÓN CRR 25 SUR#12 16
PROCEDENCIA 41411
TELÉFONO 3133358079
RESPONSABLE

☑ **INGRESO** ☐ **PERIODICO** ☐ **EGRESO** ☐ **POST- INCAPACIDAD** ☐ **REINGRESO** ☐ **SEGUIMIENTO**

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ **AUDIOMETRIA** ☐ **ELECTROCARDIOGRAMA** ☐ **ESPIROMETRIA** ☑ **EXAMEN OSTEOMUSCULAR** ☐ **OPTOMETRIA**
☐ **LABORATORIOS** ☐ **PSICOTECNICO** ☑ **VISIOMETRIA** ☐ **EXAMEN PSICOSENSOMETRICO**
☑ **PERFIL LIPÍDICO** ☐ **ENFASIS DERMATOLOGICO** ☐ **TAMIZAJE VISUAL** ☐ **EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE**
☐ **ENFASIS OSTEOMUSCULAR** **OTRO:** GLICEMIA

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ **SIN RESTRICCIONES** ☑ **SIN PATOLOGIA APARENTE** ☐ **CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR**
☐ **CON RESTRICCIÓN** **MOTIVO:**
☐ **APLAZADO** **MOTIVO:**

EXAMEN PERIODICO

☐ **PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES** ☐ **PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE**
☐ **SE SUGIERE REUBICACION LABORAL** ☐ **TEMPORAL** ☐ **PERMANENTE** ☐ **REASIGNAR TAREAS**

OTROS

☐ **NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS** ☐ **PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS** ☐ **PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS**
☐ **PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES** ☑ **EXAMEN OSTEOMUSCULAR** ☑ **NORMAL** ☐ **ANORMAL**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION**

EXAMEN DE EGRESO

☐ **SATISFACTORIO** ☐ **NO SATISFACTORIO** **MOTIVO:**

NO **SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP ADAPTADOS A LA SITUACION ACTUAL, MEJORAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE PROCURANDO MANTENER EL PESO IDEAL, DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS	OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE
☐ REMISION A EPS	☑ USO DE EPP	☑ INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
☐ CONTINUAR MANEJO MEDICO	☐ INGRESO A SVE	☐ VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
☐ SEGUIMIENTO CASO POR ARL	☐ SIVIG - OTOM	☐ DEJAR DE FUMAR
☐ CITOLOGIA VAGINAL	☐ SIVIG - Sustancias Quimicas	☑ PAUSAS ACTIVAS
	☐ SIVIG - OIR (Ruido)	☐ REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
	☐ SIVIG-Visual	☐ DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
	☐ SIVIG- Biologico	☐ CONTOL DE PESO
	☐ SIVIG - Radiaciones ionizantes	☐ OTRO
	☐ SIVIG- Psicolaboral	CUAL:
	☐ SIVIG - Cardiovascular	

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323

NOMBRE PACIENTE: LINZA KRISTELL CADAVID ESCOBAR
Nº DOC. CC - 1075268423

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

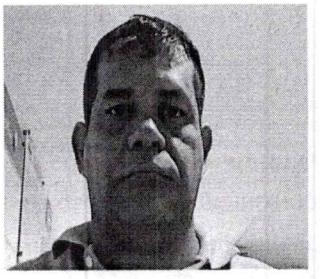
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-05-29 07:17:25

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE ALEXANDER MORENO
Nº DOC. CC - 7710890
ESTADO CIVIL CASADO
AÑOS: 46 **MESES:** 11 **DIAS:** 26
EMPRESA: LAOS SEGURIDAD
FECHA DE NACIMIENTO 1979-06-03
ACOMPAÑANTE
OCUPACIÓN GUARDAESPALDAS Y OTROS MIEMBROS DE PROTECCION CIVIL
CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

DIRECCIÓN CALLE 23 # 1 H 18
PROCEDENCIA 41411
TELÉFONO 3102941100
RESPONSABLE

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD ☐ REINGRESO ☐ SEGUIMIENTO

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA
☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☑ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
☑ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE
☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTRO: glicemia

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR
☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:
☐ APLAZADO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE
☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS
☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☑ NORMAL ☐ ANORMAL
☐ PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS
☐ PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION
☐ PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO **SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP ADAPTADOS A LA SITUACION ACTUAL, MEJORAR

SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES. SE REMITE A MEDICINA GENERAL Y NUTRICION POR SU EPS.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- [x] REMISION A EPS
- [ ] CONTINUAR MANEJO MEDICO
- [ ] SEGUIMIENTO CASO POR ARL
- [ ] CITOLOGIA VAGINAL

OCUPACIONALES

- [x] USO DE EPP
- [ ] INGRESO A SVE
- [ ] SIVIG - OTOM
- [ ] SIVIG - Sustancias Quimicas
- [ ] SIVIG - OIR (Ruido)
- [ ] SIVIG-Visual
- [ ] SIVIG- Biologico
- [ ] SIVIG - Radiaciones ionizantes
- [ ] SIVIG- Psicolaboral
- [ ] SIVIG - Cardiovascular

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- [x] INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
- [ ] VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- [ ] DEJAR DE FUMAR
- [x] PAUSAS ACTIVAS
- [ ] REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
- [x] DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
- [x] CONTOL DE PESO
- [x] OTRO

CUAL: MEDICINA GENERAL, NUTRICION

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323

NOMBRE PACIENTE: ALEXANDER MORENO
N° DOC. CC - 7710890

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

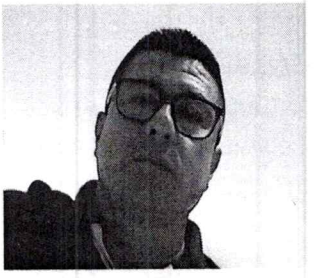
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-05-29 09:05:51

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE HENRRY GALINDO BEJARANO
Nº DOC. CC - 12196426 **DIRECCIÓN**
ESTADO CIVIL SEPARADO **PROCEDENCIA** 41411
AÑOS: 51 **MESES:** 7 **DIAS:** 15 **TELÉFONO** 3162763419
EMPRESA:LAOS SEGURIDAD
FECHA DE NACIMIENTO 1974-10-14 **RESPONSABLE**
ACOMPAÑANTE
OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

☑ **INGRESO** ☐ **PERIODICO** ☐ **EGRESO** ☐ **POST- INCAPACIDAD** ☐ **REINGRESO** ☐ **SEGUIMIENTO**

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ **AUDIOMETRIA** ☐ **ELECTROCARDIOGRAMA** ☐ **ESPIROMETRIA** ☑ **EXAMEN OSTEOMUSCULAR** ☐ **OPTOMETRIA**
☐ **LABORATORIOS** ☐ **PSICOTECNICO** ☑ **VISIOMETRIA** ☐ **EXAMEN PSICOSENSOMETRICO**
☑ **PERFIL LIPÍDICO** ☐ **ENFASIS DERMATOLOGICO** ☐ **TAMIZAJE VISUAL** ☐ **EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE**
☑ **ENFASIS OSTEOMUSCULAR** **OTRO:** GLUCOSA

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ **SIN RESTRICCIONES** ☑ **SIN PATOLOGIA APARENTE** ☐ **CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR**
☐ **CON RESTRICCIÓN** **MOTIVO:**
☐ **APLAZADO** **MOTIVO:**

EXAMEN PERIODICO

☐ **PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES** ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE
☐ **SE SUGIERE REUBICACION LABORAL** ☐ **TEMPORAL** ☐ **PERMANENTE** ☐ **REASIGNAR TAREAS**

OTROS

☐ **NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS** ☐ **PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS** ☐ **PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS**
☐ **PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES** ☑ **EXAMEN OSTEOMUSCULAR** ☑ **NORMAL** ☐ **ANORMAL**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION**

EXAMEN DE EGRESO

☐ **SATISFACTORIO** ☐ **NO SATISFACTORIO** **MOTIVO:**

NO **SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES. SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP ADAPTADOS A LA SITUACION ACTUAL, MEJORAR

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- [ ] REMISION A EPS
- [ ] CONTINUAR MANEJO MEDICO
- [ ] SEGUIMIENTO CASO POR ARL
- [ ] CITOLOGIA VAGINAL

OCUPACIONALES

- [x] USO DE EPP
- [ ] INGRESO A SVE
- [ ] SIVIG - OTOM
- [ ] SIVIG - Sustancias Quimicas
- [ ] SIVIG - OIR (Ruido)
- [ ] SIVIG-Visual
- [ ] SIVIG- Biologico
- [ ] SIVIG - Radiaciones ionizantes
- [ ] SIVIG- Psicolaboral
- [ ] SIVIG - Cardiovascular

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- [x] INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
- [ ] VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- [ ] DEJAR DE FUMAR
- [x] PAUSAS ACTIVAS
- [ ] REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
- [ ] DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
- [ ] CONTOL DE PESO
- [ ] OTRO

CUAL:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323



NOMBRE PACIENTE: HENRRY GALINDO BEJARANO

N° DOC. CC - 12196426

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-05-29 09:33:37

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE FABIAN ALBERTO MURCIA MORERA

Nº DOC. CC - 12194661 **DIRECCIÓN** CR 2 2-41

ESTADO CIVIL CASADO **PROCEDENCIA** 41411

AÑOS: 54 **MESES:** 4 **DIAS:** 16 **TELÉFONO** 3214927017

EMPRESA: LAOS SEGURIDAD

FECHA DE NACIMIENTO 1972-01-13 **RESPONSABLE**

ACOMPAÑANTE

OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES

CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD ☐ REINGRESO ☐ SEGUIMIENTO

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS

☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA

☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☑ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO

☑ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE

☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTRO: GLICEMIA

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR

☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:

☐ APLAZADO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE

☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS

☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☑ NORMAL ☐ ANORMAL

☐ PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS

☐ PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION

☐ PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO **SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP ADAPTADOS A LA SITUACION ACTUAL, MEJORAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE PROCURANDO MANTENER EL PESO IDEAL, DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES. SE REMITE A MEDICINA GENERLA Y NUTRICION POR SU EPS.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- [x] **REMISION A EPS**
- [ ] **CONTINUAR MANEJO MEDICO**
- [ ] **SEGUIMIENTO CASO POR ARL**
- [ ] **CITOLOGIA VAGINAL**

OCUPACIONALES

- [ ] **USO DE EPP**
- [ ] **INGRESO A SVE**
- [ ] **SIVIG - OTOM**
- [ ] **SIVIG - Sustancias Quimicas**
- [ ] **SIVIG - OIR (Ruido)**
- [ ] **SIVIG-Visual**
- [ ] **SIVIG- Biologico**
- [ ] **SIVIG - Radiaciones ionizantes**
- [ ] **SIVIG- Psicolaboral**
- [ ] **SIVIG - Cardiovascular**

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- [x] **INICIO DE ACTIVIDAD FISICA**
- [ ] **VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION**
- [ ] **DEJAR DE FUMAR**
- [x] **PAUSAS ACTIVAS**
- [ ] **REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL**
- [x] **DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS**
- [x] **CONTOL DE PESO**
- [x] **OTRO**

CUAL: MEDICINA GENERAL, NUTRICION

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323

NOMBRE PACIENTE: FABIAN ALBERTO MURCIA MORERA
N° DOC. CC - 12194661

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

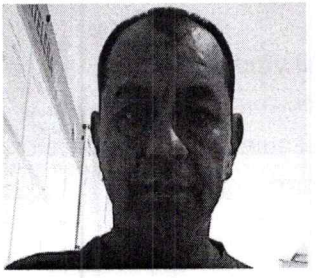
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-06-01 08:25:22

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE NEICER EDWIN PASAJE COLLAZOS
Nº DOC. CC - 12180454 **DIRECCIÓN**
ESTADO CIVIL CASADO **PROCEDENCIA** 4141668
AÑOS: 49 **MESES:** 4 **DIAS:** 2 **TELÉFONO** 3182638381
EMPRESA: LAOS SEGURIDAD
FECHA DE NACIMIENTO 1977-01-30 **RESPONSABLE**
ACOMPAÑANTE
OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

☑ **INGRESO** ☐ **PERIODICO** ☐ **EGRESO** ☐ **POST- INCAPACIDAD** ☐ **REINGRESO** ☐ **SEGUIMIENTO**

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ **AUDIOMETRIA** ☐ **ELECTROCARDIOGRAMA** ☐ **ESPIROMETRIA** ☑ **EXAMEN OSTEOMUSCULAR** ☐ **OPTOMETRIA**
☐ **LABORATORIOS** ☐ **PSICOTECNICO** ☑ **VISIOMETRIA** ☐ **EXAMEN PSICOSENSOMETRICO**
☑ **PERFIL LIPÍDICO** ☐ **ENFASIS DERMATOLOGICO** ☐ **TAMIZAJE VISUAL** ☐ **EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE**
☑ **ENFASIS OSTEOMUSCULAR** **OTRO:** GLICEMIA

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ **SIN RESTRICCIONES** ☑ **SIN PATOLOGIA APARENTE** ☐ **CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR**
☐ **CON RESTRICCIÓN** **MOTIVO:**
☐ **APLAZADO** **MOTIVO:**

EXAMEN PERIODICO

☐ **PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES** ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE
☐ **SE SUGIERE REUBICACION LABORAL** ☐ **TEMPORAL** ☐ **PERMANENTE** ☐ **REASIGNAR TAREAS**

OTROS

☐ **NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS** ☐ **PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS** ☐ **PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS**
☐ **PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES** ☑ **EXAMEN OSTEOMUSCULAR** ☑ **NORMAL** ☐ **ANORMAL**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION**

EXAMEN DE EGRESO

☐ **SATISFACTORIO** ☐ **NO SATISFACTORIO** **MOTIVO:**

NO **SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES. SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP ADAPTADOS A LA SITUACION ACTUAL, MEJORAR

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- ☐ REMISION A EPS
- ☐ CONTINUAR MANEJO MEDICO
- ☐ SEGUIMIENTO CASO POR ARL
- ☐ CITOLOGIA VAGINAL

OCUPACIONALES

- ☑ USO DE EPP
- ☐ INGRESO A SVE
- ☐ SIVIG - OTOM
- ☐ SIVIG - Sustancias Quimicas
- ☐ SIVIG - OIR (Ruido)
- ☐ SIVIG-Visual
- ☐ SIVIG- Biologico
- ☐ SIVIG - Radiaciones ionizantes
- ☐ SIVIG- Psicolaboral
- ☐ SIVIG - Cardiovascular

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- ☑ INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
- ☐ VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- ☐ DEJAR DE FUMAR
- ☑ PAUSAS ACTIVAS
- ☐ REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
- ☐ DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
- ☐ CONTOL DE PESO
- ☐ OTRO

CUAL:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323



NOMBRE PACIENTE: NEICER EDWIN PASAJE COLLAZOS

N° DOC. CC - 12180454

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

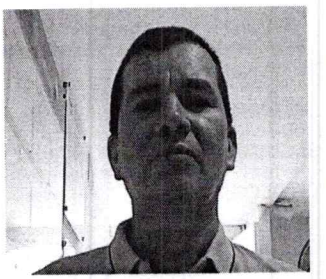
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-05-29 08:00:36

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE HERMINSO MORALES VARGAS
Nº DOC. CC - 7692841
ESTADO CIVIL CASADO
AÑOS: 53 **MESES:** 1 **DIAS:** 9
EMPRESA:LAOS SEGURIDAD
FECHA DE NACIMIENTO 1973-04-20
ACOMPAÑANTE
DIRECCIÓN CLL 12 14-57
PROCEDENCIA 41411
TELÉFONO 3203981871
RESPONSABLE
OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD ☐ REINGRESO ☐ SEGUIMIENTO

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA
☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☑ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
☑ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE
☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTRO: GLICEMIA

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR
☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:
☐ APLAZADO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE
☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS
☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☑ NORMAL ☐ ANORMAL
☐ PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS
☐ PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION
☐ PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO **SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP ADAPTADOS A LA SITUACION ACTUAL, MEJORAR

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- [ ] REMISION A EPS
- [ ] CONTINUAR MANEJO MEDICO
- [ ] SEGUIMIENTO CASO POR ARL
- [ ] CITOLOGIA VAGINAL

OCUPACIONALES

- [x] USO DE EPP
- [ ] INGRESO A SVE
- [ ] SIVIG - OTOM
- [ ] SIVIG - Sustancias Quimicas
- [ ] SIVIG - OIR (Ruido)
- [ ] SIVIG-Visual
- [ ] SIVIG- Biologico
- [ ] SIVIG - Radiaciones ionizantes
- [ ] SIVIG- Psicolaboral
- [ ] SIVIG - Cardiovascular

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- [x] INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
- [ ] VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- [ ] DEJAR DE FUMAR
- [x] PAUSAS ACTIVAS
- [ ] REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
- [ ] DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
- [ ] CONTOL DE PESO
- [ ] OTRO

CUAL:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323

NOMBRE PACIENTE: HERMINSO MORALES VARGAS
Nº DOC. CC - 7692841

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

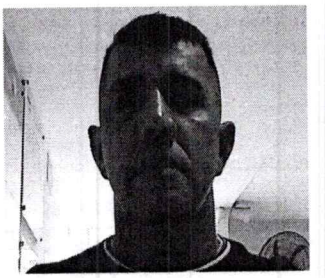
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-05-29 08:15:02

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE JOHN FREDY QUINTERO VARGAS
Nº DOC. CC - 83235214
DIRECCIÓN CRV 10 12-33
ESTADO CIVIL UNIÓN LIBRE
PROCEDENCIA 41411
AÑOS: 48 **MESES:** 3 **DIAS:** 26
TELÉFONO 3174228639
EMPRESA: LAOS SEGURIDAD
FECHA DE NACIMIENTO 1978-02-03
RESPONSABLE
ACOMPAÑANTE
OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

☑ **INGRESO** ☐ **PERIODICO** ☐ **EGRESO** ☐ **POST- INCAPACIDAD** ☐ **REINGRESO** ☐ **SEGUIMIENTO**

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ **AUDIOMETRIA** ☐ **ELECTROCARDIOGRAMA** ☐ **ESPIROMETRIA** ☑ **EXAMEN OSTEOMUSCULAR** ☐ **OPTOMETRIA**
☐ **LABORATORIOS** ☐ **PSICOTECNICO** ☑ **VISIOMETRIA** ☐ **EXAMEN PSICOSENSOMETRICO**
☑ **PERFIL LIPÍDICO** ☐ **ENFASIS DERMATOLOGICO** ☐ **TAMIZAJE VISUAL** ☐ **EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE**
☑ **ENFASIS OSTEOMUSCULAR** **OTRO:** GLICEMIA

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ **SIN RESTRICCIONES** ☑ **SIN PATOLOGIA APARENTE** ☐ **CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR**
☐ **CON RESTRICCIÓN** **MOTIVO:**
☐ **APLAZADO** **MOTIVO:**

EXAMEN PERIODICO

☐ **PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES** ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE
☐ **SE SUGIERE REUBICACION LABORAL** ☐ **TEMPORAL** ☐ **PERMANENTE** ☐ **REASIGNAR TAREAS**

OTROS

☐ **NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS** ☐ **PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS** ☐ **PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS**
☐ **PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES** ☑ **EXAMEN OSTEOMUSCULAR** ☑ **NORMAL** ☐ **ANORMAL**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION**
☐ **PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION** ☐ **NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION**

EXAMEN DE EGRESO

☐ **SATISFACTORIO** ☐ **NO SATISFACTORIO** **MOTIVO:**

NO **SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES, SE RECOMIENDA

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE PROCURANDO MANTENER EL PESO IDEAL, DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- [ ] REMISION A EPS
- [ ] CONTINUAR MANEJO MEDICO
- [ ] SEGUIMIENTO CASO POR ARL
- [ ] CITOLOGIA VAGINAL

OCUPACIONALES

- [x] USO DE EPP
- [ ] INGRESO A SVE
- [ ] SIVIG - OTOM
- [ ] SIVIG - Sustancias Quimicas
- [ ] SIVIG - OIR (Ruido)
- [ ] SIVIG-Visual
- [ ] SIVIG- Biologico
- [ ] SIVIG - Radiaciones ionizantes
- [ ] SIVIG- Psicolaboral
- [ ] SIVIG - Cardiovascular

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- [x] INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
- [ ] VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- [ ] DEJAR DE FUMAR
- [x] PAUSAS ACTIVAS
- [ ] REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
- [ ] DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
- [ ] CONTOL DE PESO
- [ ] OTRO

CUAL:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323

NOMBRE PACIENTE: JOHN FREDY QUINTERO VARGAS
N° DOC. CC - 83235214

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-05-30 07:40:05

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE MARIA CAMILA REVELO TOVAR
Nº DOC. CC - 1075267940
DIRECCIÓN CRR 20 C #4 C 29
ESTADO CIVIL UNIÓN LIBRE
PROCEDENCIA 41411
AÑOS: 33 **MESES:** 4 **DIAS:** 13
TELÉFONO 3112397251
EMPRESA: LAOS SEGURIDAD
FECHA DE NACIMIENTO 1993-01-17
RESPONSABLE
ACOMPAÑANTE
OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD ☐ REINGRESO ☐ SEGUIMIENTO

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA
☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☑ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
☑ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE
☐ ENFASIS OSTEOMUSCULAR **OTRO:** GLICEMIA

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR
☐ CON RESTRICCIÓN **MOTIVO:**
☐ APLAZADO **MOTIVO:**

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE
☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS
☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☑ NORMAL ☐ ANORMAL
☐ PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS
☐ PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION
☐ PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO **MOTIVO:**

NO **SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP ADAPTADOS A LA SITUACION ACTUAL, MEJORAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE PROCURANDO MANTENER EL PESO IDEAL, DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- ☐ **REMISION A EPS**
- ☐ **CONTINUAR MANEJO MEDICO**
- ☐ **SEGUIMIENTO CASO POR ARL**
- ☐ **CITOLOGIA VAGINAL**

OCUPACIONALES

- ☑ **USO DE EPP**
- ☐ **INGRESO A SVE**
- ☐ **SIVIG - OTOM**
- ☐ **SIVIG - Sustancias Quimicas**
- ☐ **SIVIG - OIR (Ruido)**
- ☐ **SIVIG-Visual**
- ☐ **SIVIG- Biologico**
- ☐ **SIVIG - Radiaciones ionizantes**
- ☐ **SIVIG- Psicolaboral**
- ☐ **SIVIG - Cardiovascular**

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- ☑ **INICIO DE ACTIVIDAD FISICA**
- ☐ **VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION**
- ☐ **DEJAR DE FUMAR**
- ☑ **PAUSAS ACTIVAS**
- ☐ **REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL**
- ☐ **DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS**
- ☐ **CONTOL DE PESO**
- ☐ **OTRO**

CUAL:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323

Maria Camila Revelo T.

NOMBRE PACIENTE: MARIA CAMILA REVELO TOVAR
N° DOC. CC - 1075267940

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

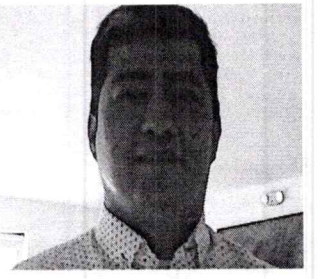
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-05-28 11:09:45

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE EDISON ROLANDO BARRIOS VEGA
Nº DOC. CC - 7713089
ESTADO CIVIL SOLTERO
AÑOS: 46 **MESES:** 10 **DIAS:** 8
EMPRESA: LAOS SEGURIDAD
FECHA DE NACIMIENTO 1979-07-20
ACOMPAÑANTE
OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

DIRECCIÓN CRR 17 SUR #7A 28
PROCEDENCIA 41411
TELÉFONO 3132937592
RESPONSABLE

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD ☐ REINGRESO ☐ SEGUIMIENTO

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA
☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☑ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
☑ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE
☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTRO: GLICEMIA

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR
☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:
☐ APLAZADO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE
☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS
☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☑ NORMAL ☐ ANORMAL
☐ PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS
☐ PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION
☐ PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES, SE RECOMIENDA

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE PROCURANDO MANTENER EL PESO IDEAL, DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- ☐ REMISION A EPS
- ☐ CONTINUAR MANEJO MEDICO
- ☐ SEGUIMIENTO CASO POR ARL
- ☐ CITOLOGIA VAGINAL

OCUPACIONALES

- ☑ USO DE EPP
- ☐ INGRESO A SVE
- ☐ SIVIG - OTOM
- ☐ SIVIG - Sustancias Quimicas
- ☐ SIVIG - OIR (Ruido)
- ☐ SIVIG-Visual
- ☐ SIVIG- Biologico
- ☐ SIVIG - Radiaciones ionizantes
- ☐ SIVIG- Psicolaboral
- ☐ SIVIG - Cardiovascular

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- ☑ INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
- ☐ VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- ☐ DEJAR DE FUMAR
- ☑ PAUSAS ACTIVAS
- ☐ REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
- ☐ DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
- ☐ CONTOL DE PESO
- ☐ OTRO

CUAL:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323



NOMBRE PACIENTE: EDISON ROLANDO BARRIOS VEGA
Nº DOC. CC - 7713089

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

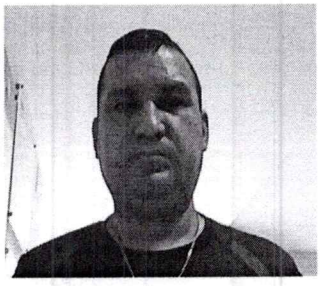
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-05-29 08:19:49

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE CARLOS ALEXANDER CARVAJAL
Nº DOC. CC - 7708896
DIRECCIÓN CLL 81B #5 39
ESTADO CIVIL SOLTERO
PROCEDENCIA 41411
AÑOS: 48 **MESES:** 2 **DIAS:** 0
TELÉFONO 3212005113
EMPRESA: LAOS SEGURIDAD
FECHA DE NACIMIENTO 1978-03-29
RESPONSABLE
ACOMPAÑANTE
OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD ☐ REINGRESO ☐ SEGUIMIENTO

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA
☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☑ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
☑ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE
☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR OTRO: GLICEMIA

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR
☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:
☐ APLAZADO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE
☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS
☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☑ NORMAL ☐ ANORMAL
☐ PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS
☐ PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION
☐ PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO **SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**
RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES, SE RECOMIENDA HACER, PAUSAS ACTIVAS, HIGIENE POSTURAL, USO DE EPP ADAPTADOS A LA SITUACION ACTUAL, MEJORAR HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE PROCURANDO MANTENER EL PESO IDEAL, DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- ☐ REMISION A EPS
- ☐ CONTINUAR MANEJO MEDICO
- ☐ SEGUIMIENTO CASO POR ARL
- ☐ CITOLOGIA VAGINAL

OCUPACIONALES

- ☑ USO DE EPP
- ☐ INGRESO A SVE
- ☐ SIVIG - OTOM
- ☐ SIVIG - Sustancias Quimicas
- ☐ SIVIG - OIR (Ruido)
- ☐ SIVIG-Visual
- ☐ SIVIG- Biologico
- ☐ SIVIG - Radiaciones ionizantes
- ☐ SIVIG- Psicolaboral
- ☐ SIVIG - Cardiovascular

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- ☑ INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
- ☐ VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- ☐ DEJAR DE FUMAR
- ☑ PAUSAS ACTIVAS
- ☐ REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
- ☐ DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
- ☑ CONTOL DE PESO
- ☐ OTRO

CUAL:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323

NOMBRE PACIENTE: CARLOS ALEXANDER CARVAJAL
Nº DOC. CC - 7708896

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

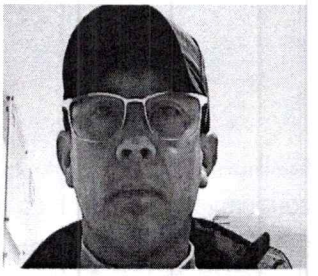
CENTRO DE SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS IPS NEIVA SAS

NIT: 901379212-0

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL

FECHA: 2026-05-29 07:23:39

IDENTIFICACIÓN



NOMBRE ARMANDO ALARCON
Nº DOC. CC - 83235900
ESTADO CIVIL CASADO
AÑOS: 45 **MESES:** 2 **DIAS:** 26
EMPRESA: LAOS SEGURIDAD
FECHA DE NACIMIENTO 1981-03-03
ACOMPAÑANTE
DIRECCIÓN CLL 4 11 31
PROCEDENCIA 41411
TELÉFONO 3153707763
RESPONSABLE
OCUPACIÓN OTROS PROFESIONALES Y TECNICOS NO DESCRITOS EN OTROS EPIGRAFES
CARGO: GUARDA DE SEGURIDAD

☑ INGRESO ☐ PERIODICO ☐ EGRESO ☐ POST- INCAPACIDAD ☐ REINGRESO ☐ SEGUIMIENTO

☐ ALTA TENSION ☐ CONDUCCION ☐ ÉNFASIS EN ALTURA ☐ ESPACIOS CONFINADOS ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS
☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES A REALIZAR

☑ AUDIOMETRIA ☐ ELECTROCARDIOGRAMA ☐ ESPIROMETRIA ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☐ OPTOMETRIA
☐ LABORATORIOS ☐ PSICOTECNICO ☑ VISIOMETRIA ☐ EXAMEN PSICOSENSOMETRICO
☑ PERFIL LIPÍDICO ☐ ENFASIS DERMATOLOGICO ☐ TAMIZAJE VISUAL ☐ EXAMEN DE LABORATORIO EN SANGRE
☑ ENFASIS OSTEOMUSCULAR **OTRO:** GLICEMIA

EXÁMENES PRACTICADOS:

RESULTADO DE VALORACIÓN MEDICA

EXAMEN DE INGRESO

☑ SIN RESTRICCIONES ☑ SIN PATOLOGIA APARENTE ☐ CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR
☐ CON RESTRICCIÓN MOTIVO:
☐ APLAZADO MOTIVO:

EXAMEN PERIODICO

☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR CON RECOMENDACIONES ☐ PUEDE CONTINUAR CON SU LABOR SATISFACTORIAMENTE
☐ SE SUGIERE REUBICACION LABORAL ☐ TEMPORAL ☐ PERMANENTE ☐ REASIGNAR TAREAS

OTROS

☐ NO PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS ☐ PUEDE MANIPULAR ALIMENTOS
☐ PUEDE PARA TRABAJAR EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES ☑ EXAMEN OSTEOMUSCULAR ☑ NORMAL ☐ ANORMAL
☐ PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ESPACIOS CONFINADOS
☐ PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN ALTA TENSION
☐ PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION ☐ NO PUEDE TRABAJAR EN CONDUCCION

EXAMEN DE EGRESO

☐ SATISFACTORIO ☐ NO SATISFACTORIO MOTIVO:

NO **SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL**

RECOMENDACIONES ESPECIFICAS:

EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO, CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, CON CONCEPTO FAVORABLE, SIN RESTRICCIONES, SE RECOMIENDA

REALIZAR ACTIVIDAD FISICA FRECUENTE PROCURANDO MANTENER EL PESO IDEAL, DEBE REALIZAR LAS TAREAS SEGÚN LAS NORMAS Y PROTOCOLOS DE LA EMPRESA PARA PREVENIR ACCIDENTES O ENFERMEDADES LABORALES.

Dentro de la evaluación médica integral realizada, se hizo un especial énfasis en su estado osteomuscular para establecer su capacidad para movilizar cargas o realizar actividades con movimientos y posturas forzadas, no encontrándose alteraciones significativas que se considere puedan generar un riesgo aumentado para su salud y seguridad. Este examen es realizado en condiciones de reposo y tiene el carácter de tamizaje osteomuscular y el hecho de no evidenciarse patología o secuelas de ella, no significa que pueda realizar actividad o tareas que superen su capacidad física, lo cual debe verificarse de manera permanente y evaluarse de acuerdo a los criterios del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo, con la asesoría y asistencia técnica de la Administradora de Riesgos Laborales. Es necesario implementar todas las medidas de prevención y protección.

RECOMENDACIONES DE SALUD OCUPACIONAL

MEDICAS

- ☐ REMISION A EPS
- ☐ CONTINUAR MANEJO MEDICO
- ☐ SEGUIMIENTO CASO POR ARL
- ☐ CITOLOGIA VAGINAL

OCUPACIONALES

- ☑ USO DE EPP
- ☐ INGRESO A SVE
- ☐ SIVIG - OTOM
- ☐ SIVIG - Sustancias Quimicas
- ☐ SIVIG - OIR (Ruido)
- ☐ SIVIG-Visual
- ☐ SIVIG- Biologico
- ☐ SIVIG - Radiaciones ionizantes
- ☐ SIVIG- Psicolaboral
- ☐ SIVIG - Cardiovascular

HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

- ☑ INICIO DE ACTIVIDAD FISICA
- ☐ VERIFICAR Y/O COMPLETAR ESQUEMA DE VACUNACION
- ☐ DEJAR DE FUMAR
- ☑ PAUSAS ACTIVAS
- ☐ REDUCIR CONSUMO DE ALCOHOL
- ☐ DIETA BAJA EN GRASAS Y/O HARINAS
- ☐ CONTOL DE PESO
- ☐ OTRO

CUAL:

Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realicen de manera voluntaria el examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y dejo constancia que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento del examen medico ocupacional y/o examenes complementarios y referenciados en este documento. Comprendo el proposito, los beneficios, interpretacion, limitaciones y riesgos del examen medico ocupacional y/o examenes complentarios a partir de la informacion recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que no he omitido ningun dato relevante sobre mis antecedentes ocupacionales, personales y/o familiares que pudiesen influir sobre mi estado de salud. Certifico que toda la informacion expresada en este documento es verdadera y completa y acepto el manejo de confidencialidad que la empresa de a la misma. Autorizo que suministren la informacion necesaria a las personas o entidades cotempladas en la legislacion para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional

ESAIN CALDERON IBATA
Médico Especialista en Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo
Res S.S.D.H 2856/ 2022
Ley 1562/2012 y Res 4502/2012
Reg. Med.232/2004

ESAIN CALDERON IBATA
ESP. MEDICINA OCUPACIONAL
R.M. 323



NOMBRE PACIENTE: ARMANDO ALARCON
N° DOC. CC - 83235900

Calle 15 N 6 --55 B/Quirinal
Teléfonos: - 315 242 74 96
Mail: Gerenciacesmedis@gmail.com

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CALIDAD·COLOMBIA® SERVICES
SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NIT: 900.633.796-5

Salud

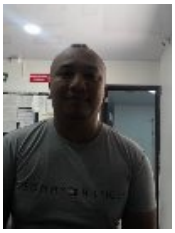
HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RESOLUCIÓN 922 DE 2025 - LICENCIA SSST 2401 DE 2015

CRA 2 # 4-50 CENTRO
Tel(s). 6088363170 Cel(s). 3156408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA | Fecha de Reconocimiento: 2026-05-30 16:06 | 126060

DATOS BASICOS

Empresa:	**TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD**			Nit:	800237731
Actividad económica:	8010 - Actividades de seguridad privada				
Nombres y apellidos:	**DARWIN HERNAN ALVAREZ**			CC:	1082773725
Cargo Actual:	**VIGILANTE**				
Fecha Nacimiento:	1988-01-08	Edad: 38 Años	Género: Masculino	Estado Civil: Casado	Estrato SE: 1
AFP:	Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.		EPS: NUEVA E.P.S S.A.		ARL: No proporcionado
Escolaridad:	Basica Secundaria Completa		Composicion Familiar: Nuclear		



TIPO DE EXÁMEN

☑ EVALUACION MEDICA DE PRE INGRESO ☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Pruebas Funcionales: ☑ VISIOMETRIA ☑ AUDIOMETRíA

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA OSTEOMUSCULAR.
Restricciones Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: ☑ SI POR QUÉ?: Cita con nutrición por alteración en el peso
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE Cardiovascular

RECOMENDACIONES/CONDICIONES

PERSONALES:
Se explica de forma verbal al paciente su estado de salud de acuerdo a la valoración realizada en el día de hoy. se dan recomendaciones las cuales refiere entender y aceptar, se indica hábitos de vida saludable, dieta con baja ingesta de sal, azúcares, empaquetados, enlatados, harinas y fritos. evitar hábito de tabaquismo o consumo de alcohol, hacer actividad física 3 a 5 veces por semana, al menos 30 a 40 min, reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo y aquellas condiciones que puedan ser generadoras de accidentes laboral

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS:
Continuar controles de promoción y prevención por su Eps (son controles de rutina)

SST:
Cumple con el perfil del cargo, se dan recomendaciones de higiene postural y manejo de cargas según su tarea, con uso de elementos de protección personal indicados por su empresa. realizar siempre pausas activas cada 2 horas por al menos 5 a 10 minutos con estiramiento de extremidades y movilización del tronco, alternar posiciones de bipedestación -sedestación en su sitio de trabajo. cumplir con actividades de sst de su empresa. mantener limpias las superficies de trabajo y las herramientas asignadas (según protocolo de la empresa).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, DARWIN HERNAN ALVAREZ, identificado con CC: 1082773725, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

Dr. Alexander Salazar H
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Univ. Católica Manizales

ALEXANDER SALAZAR HERRERA
CC: 83044745
LIC SST 825/2022

Trabajador:

Darwin Alvarez

DARWIN HERNAN ALVAREZ
CC: 1082773725

Suministrado por: Calidad Colombia Services I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpitalito.com | Creador por : DANNA VALENTINA GONZALEZ VANEGAS

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CRA 2 # 4-50 CENTRO
Tel(s). 6088363170 Cel(s). 3156408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

CALIDAD·COLOMBIA® SERVICES
SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NIT: 900.633.796-5

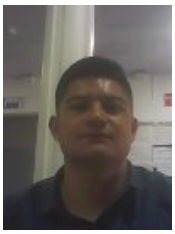
Salud

HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RESOLUCIÓN 922 DE 2025 - LICENCIA SSST 2401 DE 2015

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA | Fecha de Reconocimiento: 2026-06-03 09:42 | 126197

DATOS BASICOS

Empresa:	**TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD**			Nit:	800237731
Actividad económica:	8010 - Actividades de seguridad privada				
Nombres y apellidos:	**WILLIAM HERNAN CHANTRE ARGOTE**			CC:	1084262592
Cargo Actual:	**VIGILANTE**				
Fecha Nacimiento:	2000-01-05	Edad: 26 Años	Género: Masculino	Estado Civil: Soltero	Estrato SE: 1
AFP:	Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.		EPS: NUEVA E.P.S S.A.		ARL: No proporcionado
Escolaridad:	Basica Secundaria Completa		Composicion Familiar: Nuclear		



TIPO DE EXÁMEN

☑ EVALUACION MEDICA DE PRE INGRESO ☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Pruebas Funcionales: ☑ VISIOMETRIA ☑ AUDIOMETRíA

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA OSTEOMUSCULAR.
Restricciones Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: ☑ NO
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE Ninguna

RECOMENDACIONES/CONDICIONES

PERSONALES:
ADOPTAR UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE QUE INCLUYA UNA DIETA EQUILIBRADA, ACTIVIDAD FÍSICA REGULAR, Y EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO COMO LA PRESIÓN ARTERIAL, EL COLESTEROL Y EL TABAQUISMO. ADEMÁS, ES IMPORTANTE LIMITAR EL CONSUMO DE ALCOHOL, CONTROLAR EL ESTRÉS Y MANTENER UN PESO SALUDABLE. CONTROL MEDICO OCUPACIONAL ANUALMENTE.

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS:
SE RECOMIENDA USO DE GAFAS PARA DESCANSO VISUAL Y HACER CONTROL CADA AÑO POR OPTOMETRIA

SST:
SE DAN RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS SEGÚN SU TAREA, CON USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR SU EMPRESA. REALIZAR SIEMPRE PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR AL MENOS 5 A 10 MINUTOS CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y MOVILIZACION DEL TRONCO, ALTERNAR POSICIONES DE BIPEDESTACION -SEDESTACION EN SU SITIO DE TRABAJO. CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE SU EMPRESA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, WILLIAM HERNAN CHANTRE ARGOTE, identificado con CC: 1084262592, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:



JOSE ADER BARRIOS FIGUEROA
CC: 12234380
LIC SST 1726/2016

Trabajador:



WILLIAM HERNAN CHANTRE ARGOTE
CC: 1084262592

Suministrado por: Calidad Colombia Services I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpitalito.com | Creador por : DANNA VALENTINA GONZALEZ VANEGAS

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CRA 2 # 4-50 CENTRO
Tel(s). 6088363170 Cel(s). 3156408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

CALIDAD·COLOMBIA® SERVICES
SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NIT: 900.633.796-5

Salud

HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RESOLUCIÓN 922 DE 2025 - LICENCIA SSST 2401 DE 2015

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA | Fecha de Reconocimiento: 2026-05-30 06:44 | 126064

DATOS BASICOS

Empresa:	**TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD**			Nit:	800237731
Actividad económica:	8010 - Actividades de seguridad privada				
Nombres y apellidos:	**LUIS ANGEL CUSPIAN ILES**			CC:	12144950
Cargo Actual:	**VIGILANTE**				
Fecha Nacimiento:	1978-12-26	Edad: 47 Años	Género: Masculino	Estado Civil: Union libre	Estrato SE: 1
AFP:	Fondos de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A.		EPS: NUEVA E.P.S S.A.		ARL: No proporcionado
Escolaridad:	Basica Secundaria Completa		Composicion Familiar: Nuclear		



TIPO DE EXÁMEN

☑ EVALUACION MEDICA DE PRE INGRESO ☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Pruebas Funcionales: ☑ VISIOMETRIA ☑ AUDIOMETRíA

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA OSTEOMUSCULAR.
Restricciones Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: ☑ NO
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE Ninguna

RECOMENDACIONES/CONDICIONES

PERSONALES:
DEJO RECOMENDACIONES SOBRE HIGIENE Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE, PROCURAR BAJA INGESTA DE SAL, AZUCARES, ENLATADOS Y EMPAQUETADOS, DISMINUIR EL CONSUMO DE HARINAS Y FRITOS. EVITAR HABITO DE TABAQUISMO O LICOR; REALIZAR EJERCICIOS AEROBICOS MINIMO 3 VECES POR SEMANA POR AL MENOS 30 A 40 MINUTOS. BAJAR Y CONTROLAR EL PESO, CONTROL CON MEDICO OCUPACIONAL CADA AÑO.

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS:
REQUIERE ADAPTACION DE FORMUL AOPTICA PARA VISION PROXIMA Y ASISTIR A CONTROL VISUAL CADA AÑO CON OPTOMETRA

SST:
SE DAN RECOMENDACIONES DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE CARGAS SEGÚN SU TAREA, CON USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL INDICADOS POR SU EMPRESA. REALIZAR SIEMPRE PAUSAS ACTIVAS CADA 2 HORAS POR AL MENOS 5 A 10 MINUTOS CON ESTIRAMIENTO DE EXTREMIDADES Y MOVILIZACION DEL TRONCO, ALTERNAR POSICIONES DE BIPEDESTACION -SEDESTACION EN SU SITIO DE TRABAJO. CUMPLIR CON ACTIVIDADES DE SST DE SU EMPRESA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, LUIS ANGEL CUSPIAN ILES, identificado con CC: 12144950, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:



JOSE ADER BARRIOS FIGUEROA
CC: 12234380
LIC SST 1726/2016

Trabajador:



LUIS ANGEL CUSPIAN ILES
CC: 12144950

Suministrado por: Calidad Colombia Services I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpitalito.com | Creador por : DANNA VALENTINA GONZALEZ VANEGAS

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CRA 2 # 4-50 CENTRO
Tel(s). 6088363170 Cel(s). 3156408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

CALIDAD·COLOMBIA® SERVICES
SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NIT: 900.633.796-5

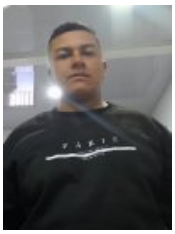
Salud

HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RESOLUCIÓN 922 DE 2025 - LICENCIA SSST 2401 DE 2015

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA | Fecha de Reconocimiento: 2026-06-01 06:55 | 126095

DATOS BASICOS

Empresa:	**TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD**			Nit:	800237731
Actividad económica:	8010 - Actividades de seguridad privada				
Nombres y apellidos:	**JUAN GABRIEL CALDERON SANTIAGO**			CC:	1080932246
Cargo Actual:	**VIGILANTE**				
Fecha Nacimiento:	1999-03-01	Edad: 27 Años	Género: Masculino	Estado Civil: Union libre	Estrato SE: 1
AFP:	No Aplica		EPS: NUEVA E.P.S S.A.		ARL: No Aplica
Escolaridad:	Basica Secundaria Completa		Composicion Familiar: Nuclear		



TIPO DE EXÁMEN

☑ EVALUACION MEDICA DE PRE INGRESO ☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Pruebas Funcionales: ☑ VISIOMETRIA ☑ AUDIOMETRíA

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA OSTEOMUSCULAR.
Restricciones Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: ☑ SI POR QUÉ?: Cita con nutrición por alteración en el peso y con optometría por alteración de la agudeza visual.
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE Cardiovascular, Visual

RECOMENDACIONES/CONDICIONES

PERSONALES:
Se explica de forma verbal al paciente su estado de salud de acuerdo a la valoración realizada en el día de hoy. se dan recomendaciones las cuales refiere entender y aceptar, se indica hábitos de vida saludable, dieta con baja ingesta de sal, azúcares, empaquetados, enlatados, harinas y fritos. evitar hábito de tabaquismo o consumo de alcohol, hacer actividad física 3 a 5 veces por semana, al menos 30 a 40 min, reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo y aquellas condiciones que puedan ser generadoras de accidentes laboral

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS:
Continuar controles de promoción y prevención por su Eps (son controles de rutina)

SST:
Cumple con el perfil del cargo, se dan recomendaciones de higiene postural y manejo de cargas según su tarea, con uso de elementos de protección personal indicados por su empresa. realizar siempre pausas activas cada 2 horas por al menos 5 a 10 minutos con estiramiento de extremidades y movilización del tronco, alternar posiciones de bipedestación -sedestación en su sitio de trabajo. cumplir con actividades de sst de su empresa. mantener limpias las superficies de trabajo y las herramientas asignadas (según protocolo de la empresa).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, JUAN GABRIEL CALDERON SANTIAGO, identificado con CC: 1080932246, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

Dr. Alexander Salazar H
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Univ. Católica Manizales

ALEXANDER SALAZAR HERRERA
CC: 83044745
LIC SST 825/2022

Trabajador:

Juan Gabriel

JUAN GABRIEL CALDERON SANTIAGO
CC: 1080932246

Suministrado por: Calidad Colombia Services I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpitalito.com | Creador por : NAYIDI TIERRADENTRO CICERI

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CRA 2 # 4-50 CENTRO
Tel(s). 6088363170 Cel(s). 3156408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

CALIDAD·COLOMBIA® SERVICES
SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NIT: 900.633.796-5

Salud

HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RESOLUCIÓN 922 DE 2025 - LICENCIA SSST 2401 DE 2015

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA | Fecha de Reconocimiento: 2026-04-11 07:09 | 124299

DATOS BASICOS

Empresa:	**TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD**			Nit:	800237731
Actividad económica:	8010 - Actividades de seguridad privada				
Nombres y apellidos:	**JULIAN ANDRES PELAEZ VIUCHE**			CC:	1083899363
Cargo Actual:	**GUARDA DE SEGURIDAD**				
Fecha Nacimiento:	1992-12-10	Edad: 33 Años	Género: Masculino	Estado Civil: Casado	Estrato SE: 1
AFP:	No Aplica		EPS: Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.		ARL: No Aplica
Escolaridad:	Basica Secundaria Completa		Composicion Familiar: Nuclear		



TIPO DE EXÁMEN

☑ EVALUACION MEDICA DE PRE INGRESO ☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Pruebas Funcionales: ☑ VISIOMETRIA ☑ AUDIOMETRíA

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA OSTEOMUSCULAR.
Restricciones Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: ☑ SI POR QUÉ?: Cita con nutrición por alteración en el peso
REMISIÓN ARL ☑NO
OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO
PVE Cardiovascular

RECOMENDACIONES/CONDICIONES

PERSONALES:
Se explica de forma verbal al paciente su estado de salud de acuerdo a la valoración realizada en el día de hoy. se dan recomendaciones las cuales refiere entender y aceptar, se indica hábitos de vida saludable, dieta con baja ingesta de sal, azúcares, empaquetados, enlatados, harinas y fritos. evitar hábito de tabaquismo o consumo de alcohol, hacer actividad física 3 a 5 veces por semana, al menos 30 a 40 min, reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo y aquellas condiciones que puedan ser generadoras de accidentes laboral

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS:
Continuar controles de promoción y prevención por su Eps (son controles de rutina)

SST:
Cumple con el perfil del cargo, se dan recomendaciones de higiene postural y manejo de cargas según su tarea, con uso de elementos de protección personal indicados por su empresa. realizar siempre pausas activas cada 2 horas por al menos 5 a 10 minutos con estiramiento de extremidades y movilización del tronco, alternar posiciones de bipedestación -sedestación en su sitio de trabajo. cumplir con actividades de sst de su empresa. mantener limpias las superficies de trabajo y las herramientas asignadas (según protocolo de la empresa).

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, JULIAN ANDRES PELAEZ VIUCHE, identificado con CC: 1083899363, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

Dr. Alexander Salazar H
Esp. Seguridad y Salud en el Trabajo
Univ. Católica Manizales

ALEXANDER SALAZAR HERRERA
CC: 83044745
LIC SST 825/2022

Trabajador:

Julian Andres Pelaez V

JULIAN ANDRES PELAEZ VIUCHE
CC: 1083899363

Suministrado por: Calidad Colombia Services I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpitalito.com | Creador por : MARINELA SAMBONI

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL

CRA 2 # 4-50 CENTRO
Tel(s). 6088363170 Cel(s). 3156408296
web : www.saludocupacionalpitalito.com correo : info@saludocupacionalpitalito.com

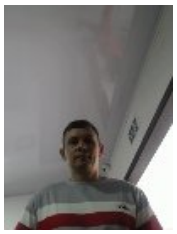
CALIDAD·COLOMBIA® SALUD OCUPACIONAL - SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
NIT: 900.633.796-5

Salud
HABILITACIÓN SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL
RESOLUCIÓN 922 DE 2025 - LICENCIA SSST 2401 DE 2015

Ciudad de Expedición: PITALITO - HUILA | Fecha de Reconocimiento: 2026-04-23 11:43 | 124815

DATOS BASICOS

Empresa:	**TELEVIGILANCIA LTDA PROTECCION Y SEGURIDAD**	Nit:	800237731
Actividad económica:	8010 - Actividades de seguridad privada		
Nombres y apellidos:	**WILBER KERWIN OVIEDO BARRIOS**	CC:	1083871890
Cargo Actual:	**VIGILANTE**		



Fecha Nacimiento:	1983-12-26 Edad: 42 Años	Género: Masculino	Estado Civil: Soltero	Estrato SE: 1
AFP:	No proporcionado	EPS: Entidad Promotora de Salud Sanitas S.A.		ARL: No Aplica
Escolaridad:	Basica Secundaria Completa	Composicion Familiar: Nuclear		

TIPO DE EXÁMEN

☑ EVALUACION MEDICA DE PRE INGRESO ☑ OSTEOMUSCULAR

EXÁMENES AUXILIARES DIAGNÓSTICOS

Pruebas Funcionales: ☑ VISIOMETRIA ☑ AUDIOMETRÍA

DIAGNÓSTICO OCUPACIONAL.

CONCEPTO DE APTITUD PARA EL CARGO: SIN RESTRICCIONES MÉDICAS PARA EL CARGO. SIN RESTRICCIONES PARA OSTEOMUSCULAR.

Restricciones Ninguna

OBSERVACIONES

REMISIÓN EPS: ☑ SI POR QUÉ?: Optometría

REMISIÓN ARL ☑NO

OTROS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS ☑ NO

PVE Visual

RECOMENDACIONES/CONDICIONES

PERSONALES:

Se explica de forma verbal al paciente su estado de salud de acuerdo a la valoración realizada en el día de hoy. Se dan recomendaciones al paciente, las cuales refiere entender y aceptar, se explica cada unos de los diagnósticos encontrados en la valoraciones y los compromisos que debe realizar en pro de su bienestar y las remisiones generadas. Se indica hábitos de vida saludable, dieta con baja ingesta de sal, azúcares, empaquetados y enlatados, disminuir consumo de harinas y fritos. Evitar hábito de tabaquismo o consumo de alcohol, hacer actividad entre 3 a 5 veces por semana al menos 30 a 45 min.

RECOMENDACIONES MEDICAS Y TERAPEUTICAS:

optometría anual, uso de gafas de lectura. Continuar controles de promoción y prevención por su EPS. (Controles de rutina)

SST:

Cumple con perfil de cargo. Se dan recomendaciones de higiene postural y manejo de cargas según su tarea, con uso de elementos de protección personal indicados por su empresa. Realizar siempre pausas activas cada 2 horas por al menos 5 a 10 minutos con estiramiento de extremidades y movilización del tronco, alternar posiciones de bipedestación -sedestación en su sitio de trabajo. Cumplir con actividades de SST de su empresa. Mantener limpias las superficies de trabajo y las herramientas asignadas (según protocolo de la empresa). Reportar todo accidente o incidente que ocurra en el trabajo, reportar las condiciones de trabajo que puedan ser generadoras de accidentes laboral.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, WILBER KERWIN OVIEDO BARRIOS, identificado con CC: 1083871890, autorizo al médico abajo mencionado a que me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que el médico de a la misma. Autorizo que suministre la información necesaria a personas o entidades contempladas en la legislación para el buen cumplimiento del programa de salud ocupacional, así mismo dejo constancia que recibí copia del certificado ocupacional.

Evaluado por:

Dra. Meredith Moreno L.

MEREDITH MORENO LARA
CC: 36729023
LIC SST 824/2022

Trabajador:

WILBER KERWIN OVIEDO BARRIOS
CC: 1083871890

Suministrado por: Calidad Colombia Services I.P.S. - correo: info@saludocupacionalpitalito.com | Creador por : YINA ANDREA NUÑEZ LOPEZ

LAOS SEGURIDAD	**SALIDA DE ALMACEN**	**FECHA APROBACIÓN:** 01-03-2009 **CÓDIGO:** 4-AC-006 **VERSIÓN:** 03

FECHA Mayo 29 2026. Nº _____

SOLICITADO POR CRISTIAN PANTOJA DEPARTAMENTO: OPERACIONES

DESTINO: CAM.

CANTIDAD	DESCRIPCION
01	CELULAR SAMSUNG A06 356310B528702I4.
01	ESPEJO CONCAVO.
03	LINTERNA.
03	TONFA.
02	GARRET.
02	CELULAR KMOVIL
03	SIM CARD. 3105882546. - 3105886938 -
	3105886969.
01	SOMBRILLA
01	TV KALLEY 32"

RECIBIO ENTREGO

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

LAOS SEGURIDAD	**SALIDA DE ALMACEN**	**FECHA APROBACIÓN:** 01-03-2009 **CÓDIGO:** 4-AC-006 **VERSIÓN:** 03

FECHA _____ Nº _____

SOLICITADO POR _____ DEPARTAMENTO: _____

DESTINO: _____

CANTIDAD	DESCRIPCION

RECIBIO ENTREGO

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

OK

LAOS SEGURIDAD	ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017
		CÓDIGO: 4-AC-004
		VERSIÓN: 10

Ciudad y Fecha: NEIVA 29 MAYO 2026.

PLANILLA

Señor: HERMINSO MORALES.

Puesto y/o Contrato: CAM TERM.

DOTACIÓN Entrega inicial ☑ Definitiva ☐ Vacaciones ☐ Cambio ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN			
CAMISA			
CORBATA			
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA XL.	✓		01
REATA	✓		01
ARNÉS			
CHAPUZA			
CALZADO No.			
BOTAS No. 41.	✓		01
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET Nº			
OVEROL M.	✓		02.
LAZO PARA CARNET	✓		01.

RECIBE

Nombres y Apellidos Herminso Morales

Firma

CC. 7.692 [illegible]

ENTREGA

Nombre y Apellidos [illegible]

Firma

CC. [illegible]

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

OK

LAOS SEGURIDAD	ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017
		CÓDIGO: 4-AC-004
		VERSIÓN: 10

Ciudad y Fecha: NEIVA 29 MAYO 2026. PLANILLA

Señor: NEICER pasaje collazos.

Puesto y/o Contrato: CAM.

DOTACIÓN **Entrega inicial** ☑ **Definitiva** ☐ **Vacaciones** ☐ **Cambio** ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN 36.	✓		01
CAMISA L	✓		01
CORBATA	✓		01
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA XL	✓		01
REATA	✓		01
ARNÉS			
CHAPUZA			
CALZADO No.			
BOTAS No. 40.	✓		01
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET Nº			
OVEROL XL	✓		01
LAZO PARA CARNET	✓		01

RECIBE

Nombres y Apellidos Neiser Edwin Pasaje

Firma

CC. 1218045 4

ENTREGA

Nombre y Apellidos Jhon M

Firma

CC.

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

LAOS SEGURIDAD	**ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO**	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017	
		CÓDIGO: 4-AC-004	
		VERSIÓN: 10	

Ciudad y Fecha: NEIVA 28 MAYO 2020. PLANILLA

Señor: MARIA CAMILA REVELO TOVAR

Puesto y/o Contrato: CESM.

DOTACIÓN Entrega inicial ☑ Definitiva ☐ Vacaciones ☐ Cambio ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN 16	✓		02
CAMISA M. M/C.	✓		02
CORBATA	✓		01
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA			
REATA	✓		01
ARNÉS			
CHAPUZA			
CALZADO No. 38.	✓		01
BOTAS No.			
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET Nº			
OVEROL			
LAZO PARA CARNET	✓		01

RECIBE

Nombres y Apellidos María camila R.T.

Firma María camila R.T.

CC. 1073267940.

ENTREGA

Nombre y Apellidos [illegible]

Firma

CC. [illegible]

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

LAOS SEGURIDAD	ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017
		CÓDIGO: 4-AC-004
		VERSIÓN: 10

Ciudad y Fecha: NEIVA 28 MAYO 2026.

PLANILLA

Señor: EDISON BARRIOS.

Puesto y/o Contrato: CSM.

DOTACIÓN **Entrega inicial** ☑ **Definitiva** ☐ **Vacaciones** ☐ **Cambio** ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN 34.	✓		01
CAMISA M.	✓		01
CORBATA	✓		01
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA M.	✓		01
REATA	✓		01.
ARNÉS			
CHAPUZA	✓		01
CALZADO No.			
BOTAS No. 40	✓		01
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET Nº			
OVEROL M.	✓		01
LAZO PARA CARNET	✓		01.

RECIBE

Nombres y Apellidos Edison R. Barrios

Firma

CC. 7713089

ENTREGA

Nombre y Apellidos N/A

Firma

CC.

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

LAOS SEGURIDAD	**ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO**	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017 CÓDIGO: 4-AC-004 VERSIÓN: 10

Ciudad y Fecha: NEIVA 29 MAYO 2026.

Señor: ARMANDO ALARCON.

Puesto y/o Contrato: CSAM.

PLANILLA

DOTACIÓN Entrega inicial ☑ Definitiva ☐ Vacaciones ☐ Cambio ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN 30	✓		01
CAMISA S.	✓		01
CORBATA	✓		01
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA S.	✓		01
REATA	✓		01
ARNÉS			
CHAPUZA	✓		01
CALZADO No.			
BOTAS No. 39	✓		01
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET Nº			
OVEROL S.	✓		01
LAZO PARA CARNET	✓		01

RECIBE

Nombres y Apellidos ~~Armando~~ Alarcon

Firma

CC. 85235900

ENTREGA

Nombre y Apellidos

Firma

CC.

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

LAOS SEGURIDAD	ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017
		CÓDIGO: 4-AC-004
		VERSIÓN: 10

Ciudad y Fecha: NEIVA 29 MAYO 2026

PLANILLA

Señor: JHON FREDY QUINTERO

Puesto y/o Contrato: CAM TEMP.

DOTACIÓN Entrega inicial ☑ Definitiva ☐ Vacaciones ☐ Cambio ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN			
CAMISA			
CORBATA			
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA XL	✓		01
REATA	✓		01
ARNÉS			
CHAPUZA			
CALZADO No.			
BOTAS No. 40	✓		01
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET N°			
OVEROL M	✓		02
LAZO PARA CARNET	✓		01

RECIBE

Nombres y Apellidos JHON FREDY QUINTERO

Firma JHON FREDY QUINTERO

CC. 83235214

ENTREGA

Nombre y Apellidos

Firma

CC.

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

LAOS SEGURIDAD	ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017
		CÓDIGO: 4-AC-004
		VERSIÓN: 10

Ciudad y Fecha: NEIVA 29 MAYO 2026. PLANILLA

Señor: CARLOS ALEXANDER CARVAJAL.

Puesto y/o Contrato: CAM. NEIVA

DOTACIÓN Entrega inicial ☑ Definitiva ☐ Vacaciones ☐ Cambio ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN 36.	✓		01
CAMISA XL.	✓		01
CORBATA	✓		01
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA XL	✓		01
REATA	✓		01
ARNÉS			
CHAPUZA	✓		01
CALZADO No.			
BOTAS No. 40	✓		01
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET Nº			
OVEROL XL.	✓		01
LAZO PARA CARNET	✓		01

RECIBE

Nombres y Apellidos CARLOS A CARVAJAL

Firma

CC. 1.702.896

ENTREGA

Nombre y Apellidos

Firma

CC. 83.245.341

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

OK

LAOS SEGURIDAD	ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017
		CÓDIGO: 4-AC-004
		VERSIÓN: 10

Ciudad y Fecha: NEIVA 29 MAYO 2026.

PLANILLA

Señor: ALEXANDER MORENO

Puesto y/o Contrato: COM. LA PLATA

DOTACIÓN **Entrega inicial** ☑ **Definitiva** ☐ **Vacaciones** ☐ **Cambio** ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN 38.	✓		02
CAMISA XL	✓		02
CORBATA	✓		01
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA 2XL.	✓		01
REATA	✓		01
ARNÉS			
CHAPUZA			
CALZADO No.			
BOTAS No. 41	✓		01
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET Nº			
OVEROL			
LAZO PARA CARNET	✓		01

RECIBE

Nombres y Apellidos Alexander Moreno

Firma

CC. 77108690

ENTREGA

Nombre y Apellidos

Firma

CC. 83251741

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

LAOS SEGURIDAD	ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017
		CÓDIGO: 4-AC-004
		VERSIÓN: 10

Ciudad y Fecha: NEIVA 29 MAYO 2026

PLANILLA

Señor: HENRRY GALINDO.

Puesto y/o Contrato: CAM "CARBON"

DOTACIÓN Entrega inicial ☑ Definitiva ☐ Vacaciones ☐ Cambio ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN 38.	✓		01
CAMISA L	✓		01
CORBATA	✓		01
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA L XL	✓		01
REATA	✓		01.
ARNÉS			
CHAPUZA			
CALZADO No.			
BOTAS No. 41.	✓		01
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET Nº			
OVEROL L	✓		01
LAZO PARA CARNET	✓		01

RECIBE

Nombres y Apellidos Henry Galindo B

Firma

CC. 12196426

ENTREGA

Nombre y Apellidos

Firma

CC.

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

LAOS SEGURIDAD	ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017
		CÓDIGO: 4-AC-004
		VERSIÓN: 10

Ciudad y Fecha: NEIVA 29 MAYO 2026.

Señor: FABIAN ALBERTO MURCIA.

Puesto y/o Contrato: COM. GUARDA

PLANILLA

DOTACIÓN Entrega inicial ☑ Definitiva ☐ Vacaciones ☐ Cambio ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN 38	✓		01
CAMISA XL	✓		01
CORBATA	✓		01
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA 2XL	✓		01
REATA	✓		01
ARNÉS			
CHAPUZA			
CALZADO No.			
BOTAS No. 40	✓		01
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET Nº			
OVEROL 2XL	✓		01
LAZO PARA CARNET	✓		01

RECIBE

Nombres y Apellidos FABIAN ALBERTO MURCIA

Firma

CC. 12194661

ENTREGA

Nombre y Apellidos

Firma

CC.

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

LAOS SEGURIDAD	ENTREGA DE DOTACION INCIAL, DEFINITIVA, DE VACACIONES Y/O DE CAMBIO	FECHA APROBACIÓN: 11/09/2017 CÓDIGO: 4-AC-004 VERSIÓN: 10

Ciudad y Fecha: NEIVA 29 MAYO 2026.

Señor: LINZA KRISTELL CASANO.

Puesto y/o Contrato: CSM NEIVA

PLANILLA

DOTACIÓN **Entrega inicial** ☑ **Definitiva** ☐ **Vacaciones** ☐ **Cambio** ☐

DESCRIPCIÓN	ESTADO		CANTIDAD
	CONFORME	NO CONF.	
PANTALÓN 14.	✓		02
CAMISA M.	✓		02
CORBATA	✓		01
GOLIANA O GORRA	✓		01
CHAQUETA			
REATA	✓		01
ARNÉS			
CHAPUZA			
CALZADO No. 38	✓		01
BOTAS No.			
CARPA HIPERMEABLE			
CARNET Nº			
OVEROL			
LAZO PARA CARNET	✓		01

RECIBE

Nombres y Apellidos LINZA CASANO

Firma

CC. 1075268423.

ENTREGA

Nombre y Apellidos

Firma

CC.

Los formatos se deben diligenciar con letra clara, sin abreviaturas, sin tachones ni enmendaduras y sin espacios en blanco, cuando no aplique el diligenciamiento de algunos campos estos deben ser identificados con la marca NA (No Aplica)

TELEVIGILANCIA
Seguridad Inteligente

ENTREGA DE DOTACIÓN

CODIGO:	HUM-FOR-006
VERSION:	04
VIGENCIA:	0-ene-00

CONTRATO: Casd — CARGO: Guarda seguridad

NOMBRE COMPLETO: Juan Calderon — CC: 1080932246

PRENDA O ELEMENTO	abr-30 TALLA		ago-30 TALLA		dic-20 TALLA		TOTAL	FIRMAS DE RECIBIDO
BOTAS DE MATERIAL	J	39						1er. ABRIL 30
BOTAS DIELECTRICAS Y CON PUNTERA								
BOTAS MOTORIZADO								
CALZADO DAMA								
BOTAS DE LLUVIA								Juan Gabriel Calderon
CAMISA CON NORMA								FIRMA RECIBI CONFORME
PANTALÓN CON NORMA								FECHA ENTREGA: 5/06/2026
OVEROL CON NORMA	J	XL	J	XL				2da. AGOSTO 30
CAMISA SIN NORMA								
PANTALÓN SIN NORMA								
PANTALÓN DAMA								
CARNÉ, PORTA CARNÉ Y CINTA	X	X						Juan Gabriel Calderon
CHALECO ANTIBALA								FIRMA RECIBI CONFORME
FORRO DE CHALECO ANTIBALAS								FECHA ENTREGA: 5/06/2026
EQUIPOS DE LLUVIAS								3ra. DICIEMBRE 20
CHAPUZA								
CORBATA								
KEPIS:___ GORRA: X	X	X						
PLACA								
REATA								FIRMA RECIBI CONFORME
CHAQUETA	X	X						FECHA ENTREGA:

El trabajador manifiesta que:
La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

Atentamente,

Juan Gabriel Calderon (Firma del Trabajador)

c.c.

TELEVIGILANCIA Seguridad Inteligente	ENTREGA DE DOTACIÓN	CODIGO:	HUM-FOR-006
		VERSION:	04
		VIGENCIA:	0-ene-00

CONTRATO:	CAM	CARGO:	Vigilante
NOMBRE COMPLETO:	Wilber Oviedo	CC:	1083871890

PRENDA O ELEMENTO	abr-30 TALLA		ago-30 TALLA		dic-20 TALLA		TOTAL	FIRMAS DE RECIBIDO
BOTAS DE MATERIAL	1	40						1er. ABRIL 30
BOTAS DIELECTRICAS Y CON PUNTERA								
BOTAS MOTORIZADO								
CALZADO DAMA								
BOTAS DE LLUVIA								
CAMISA CON NORMA								FIRMA RECIBI CONFORME
PANTALÓN CON NORMA								FECHA ENTREGA: 5/06/2020
OVEROL CON NORMA	1	1	1	1				2da. AGOSTO 30
CAMISA SIN NORMA								
PANTALÓN SIN NORMA								
PANTALÓN DAMA								
CARNÉ, PORTA CARNÉ Y CINTA	X	X						
CHALECO ANTIBALA								FIRMA RECIBI CONFORME
FORRO DE CHALECO ANTIBALAS								FECHA ENTREGA: 5/06/2020
EQUIPOS DE LLUVIAS								3ra. DICIEMBRE 20
CHAPUZA								
CORBATA								
KEPIS:___ GORRA: X	X	X						
PLACA								
REATA								FIRMA RECIBI CONFORME
CHAQUETA								FECHA ENTREGA:

El trabajador manifiesta que:
La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

Atentamente,

_____ (Firma del Trabajador)

c.c.

TELEVIGILANCIA
Seguridad Inteligente

ENTREGA DE DOTACIÓN

CODIGO:	HUM-FOR-006
VERSION:	04
VIGENCIA:	0-ene-00

CONTRATO: CAM | CARGO: Vigilante

NOMBRE COMPLETO: Darwin Alvarez | CC: 1082277725

PRENDA O ELEMENTO	abr-30 TALLA		ago-30 TALLA		dic-20 TALLA		TOTAL	FIRMAS DE RECIBIDO
BOTAS DE MATERIAL	1	40						1er. ABRIL 30
BOTAS DIELECTRICAS Y CON PUNTERA								
BOTAS MOTORIZADO								Darwin Hernan Alvarez
CALZADO DAMA								
BOTAS DE LLUVIA								
CAMISA CON NORMA								FIRMA RECIBI CONFORME
PANTALÓN CON NORMA								FECHA ENTREGA: 05-06-2026
OVEROL CON NORMA	1	L	1	L				2da. AGOSTO 30
CAMISA SIN NORMA								
PANTALÓN SIN NORMA								
PANTALÓN DAMA								Darwin Hernan Alvarez
CARNÉ, PORTA CARNÉ Y CINTA	✓	✓						
CHALECO ANTIBALA								FIRMA RECIBI CONFORME
FORRO DE CHALECO ANTIBALAS								FECHA ENTREGA: 05-06-2026
EQUIPOS DE LLUVIAS								3ra. DICIEMBRE 20
CHAPUZA								
CORBATA								
KEPIS:___ GORRA: V	X	X						
PLACA								
REATA								FIRMA RECIBI CONFORME
CHAQUETA	✓	✓						FECHA ENTREGA:

El trabajador manifiesta que:
La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

Atentamente,

_____ (Firma del Trabajador)

c.c.

TELEVIGILANCIA
Seguridad Inteligente

ENTREGA DE DOTACIÓN

CODIGO:	HUM-FOR-006
VERSION:	04
VIGENCIA:	0-ene-00

CONTRATO: CAM — CARGO: Vigilante.

NOMBRE COMPLETO: Luis Angel Cuspian. — CC: 1414495O

PRENDA O ELEMENTO	abr-30 TALLA		ago-30 TALLA		dic-20 TALLA		TOTAL
BOTAS DE MATERIAL	1	40					
BOTAS DIELECTRICAS Y CON PUNTERA							
BOTAS MOTORIZADO							
CALZADO DAMA							
BOTAS DE LLUVIA							
CAMISA CON NORMA							
PANTALÓN CON NORMA							
OVEROL CON NORMA	1	L	1	L			
CAMISA SIN NORMA							
PANTALÓN SIN NORMA							
PANTALÓN DAMA							
CARNÉ, PORTA CARNÉ Y CINTA	X	✓					
CHALECO ANTIBALA							
FORRO DE CHALECO ANTIBALAS							
EQUIPOS DE LLUVIAS							
CHAPUZA							
CORBATA							
KEPIS:___ GORRA:✓	X	X					
PLACA							
REATA							
CHAQUETA	X	X					

FIRMAS DE RECIBIDO

1er. ABRIL 30



FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA: 5/08/2026

2da. AGOSTO 30



FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA: 5/06/2026.

3ra. DICIEMBRE 20

FIRMA RECIBI CONFORME

FECHA ENTREGA:

El trabajador manifiesta que:
La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

Atentamente,

Luis angel Cuspian (Firma del Trabajador)

c.c.

TELEVIGILANCIA
Seguridad Inteligente

ENTREGA DE DOTACIÓN

CODIGO:	HUM-FOR-006
VERSION:	04
VIGENCIA:	0-ene-00

CONTRATO: CAM

CARGO: Vylcate

NOMBRE COMPLETO: Julian Andres Pelaez.

CC: 1083 899 363

PRENDA O ELEMENTO	abr-30 TALLA		ago-30 TALLA		dic-20 TALLA		TOTAL	FIRMAS DE RECIBIDO
BOTAS DE MATERIAL	1	41						1er. ABRIL 30
BOTAS DIELECTRICAS Y CON PUNTERA								
BOTAS MOTORIZADO								
CALZADO DAMA								
BOTAS DE LLUVIA								
CAMISA CON NORMA								Julian A. Pelaez
PANTALÓN CON NORMA								FIRMA RECIBI CONFORME
OVEROL CON NORMA	1	XL	1	XL				FECHA ENTREGA: 5/06/2026
CAMISA SIN NORMA								2da. AGOSTO 30
PANTALÓN SIN NORMA								
PANTALÓN DAMA								Julian A. Pelaez
CARNÉ, PORTA CARNÉ Y CINTA	X	X						
CHALECO ANTIBALA								FIRMA RECIBI CONFORME
FORRO DE CHALECO ANTIBALAS								FECHA ENTREGA: 5/06/2026
EQUIPOS DE LLUVIAS								3ra. DICIEMBRE 20
CHAPUZA								
CORBATA								
KEPIS:___ GORRA:X	X	X						
PLACA								
REATA								FIRMA RECIBI CONFORME
CHAQUETA	X	X						FECHA ENTREGA:

El trabajador manifiesta que:
La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

Atentamente,

_____ (Firma del Trabajador)

c.c.

TELEVIGILANCIA
Seguridad Inteligente

ENTREGA DE DOTACIÓN

CODIGO:	HUM-FOR-006
VERSION:	04
VIGENCIA:	0-ene-00

CONTRATO: CAM

CARGO: Vigilante

NOMBRE COMPLETO: William Chantre

CC: 1084 26 2592

PRENDA O ELEMENTO	abr-30 TALLA		ago-30 TALLA		dic-20 TALLA		TOTAL	FIRMAS DE RECIBIDO
BOTAS DE MATERIAL	1	41						1er. ABRIL 30
BOTAS DIELECTRICAS Y CON PUNTERA								
BOTAS MOTORIZADO								
CALZADO DAMA								William Argote
BOTAS DE LLUVIA								
CAMISA CON NORMA								FIRMA RECIBI CONFORME
PANTALÓN CON NORMA								FECHA ENTREGA: 5-06-2026
OVEROL CON NORMA	1	L	1	L				2da. AGOSTO 30
CAMISA SIN NORMA								
PANTALÓN SIN NORMA								
PANTALÓN DAMA								William Argote
CARNÉ, PORTA CARNÉ Y CINTA	X	X						
CHALECO ANTIBALA								FIRMA RECIBI CONFORME
FORRO DE CHALECO ANTIBALAS								FECHA ENTREGA: 05-06-2026
EQUIPOS DE LLUVIAS								3ra. DICIEMBRE 20
CHAPUZA								
CORBATA								
KEPIS:___ GORRA: M	X	X						
PLACA								
REATA								FIRMA RECIBI CONFORME
CHAQUETA	M	M						FECHA ENTREGA:

El trabajador manifiesta que:
La dotación que aquí se entrega es y será de la empresa en todo momento, en caso de terminación del contrato de trabajo o la entrega de una nueva dotación, me comprometo a hacer la devolución de la dotación si la empresa me lo solicita.
En caso de daño de la dotación o parte de ella, el trabajador debe devolverla a la empresa.

Atentamente,

William Chantre - (Firma del Trabajador)

c.c.