CONTINUACIÓN JUSTIFICACIÓN
PG10

5602

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2025/08/16	Nro Ingreso:	20250815020113
Paciente:	MARIA ISABELLA PERIÑAN TOUS	CC:	1000588442
Edad:	24 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO
Cargo:	INGENIERO AMBIENTAL	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2025-08-15 11:22:30		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO
SE RECOMIENTA CONTINUAR SEGUIMIENTO DE SU ENDOMETRIOSIS CON MEDICO DE SU EPS

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: **NORMAL**

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periódico Ocupacional
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Realización Pruebas Complementarias
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Remitir a EPS
- ☐ Continuar Manejo Médico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Cardiovascular: Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) *acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en* cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: MARIA ISABELLA PERIÑAN TOUS
Identificación: CC. - 1000588442

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5603

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2025/08/16	Nro Ingreso:	20250815020111
Paciente:	RODRIGO JOSE PEREZ DORIA	CC:	1067936343
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO
Cargo:	AUXILIAR RESIDENTE	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2025-08-15 11:13:13		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGIA		
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO: **APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**

OBSERVACIONES AL CONCEPTO: SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO

ENFASIS - OSTEOMUSCULAR: **NORMAL**

RECOMENDACIONES AL ENFASIS: NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periódico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realización Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Médico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Cardiovascular: Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: RODRIGO JOSE PEREZ DORIA
Identificación: CC. - 1067936343

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5609

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2025/08/16	Nro Ingreso:	20250815020114
Paciente:	YEFRINSON - BOLAÑO BARRERA	CC:	1003064873
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO
Cargo:	AYUDANTE DE OBRA	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2025-08-15 11:28:07		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE PREINGRESO:	**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☑ Examen Periódico Ocupacional	☐ Realización Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Médico
☑ Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
☑ Higiene Postural	☑ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en *cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de* reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: YEFRINSON - BOLAÑO BARRERA
Identificación: CC. - 1003064873

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5605

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Telefono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2025/09/30	Nro Ingreso:	20250930020133
Paciente:	DAIRO LUIS VELASQUEZ GUERRA	CC:	10913334
Edad:	48 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	AYUDANTE DE OBRA	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2025-09-30 11:11:05		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA VISIOMETRIA	SEROLOGÍA		

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	*REMISION A NUTRICION Y MEDICINA GENERAL POR SU EPS PARA CONTROL DE PESO POR OBESIDAD GRADO I
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☐ Examen Periodico Ocupacional	☐ Realizacion Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Medico
☐ Pausas Activas	☐ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle *los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos* de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: DAVID DE JESUS GARI BUSTOS
Registro M.D: 1064978218
Licencia S.O: 5177

Firma del Paciente: DAIRO LUIS VELASQUEZ GUERRA
Identificacion: CC. - 10913334

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5606

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **05/09/2025 14:50:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **CAMILO ANDRES ARIAS AVILEZ**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1007781142**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○ NO⊗	ARL	SI ○ NO○	EPS	SI ○ NO○

RECOMENDACIONES GENERALES:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Camilo Arias

Trabajador: CAMILO ANDRES ARIAS AVILEZ
CC 1007781142
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5607

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Camilo Arias

Trabajador: CAMILO ANDRES ARIAS AVILEZ
CC 1007781142
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5608

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 07:50:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067923283**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
lazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Divier Ramirez

Trabajador: DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO
CC 1067923283
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5609

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Divier Ramirez

Trabajador: DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO
CC 1067923283
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5610

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 07:41:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **EDWIN MEDINA MEDINA**

Cargo **AYUDANTE EN CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 8168995**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○ NO ⊗	ARL	SI ○ NO ○	EPS	SI ○ NO ○

RECOMENDACION ESPECIFICA:
** SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: EDWIN MEDINA MEDINA
CC 8168995
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5611

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: EDWIN MEDINA MEDINA
CC 8168995
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5612

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **09/09/2025 07:07:55** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **FIDEL ANTONIO MORA BANDA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 79475733**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

RECOMENDACION ESPECIFICA:
** SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Fidel A Mora

Trabajador: FIDEL ANTONIO MORA BANDA
CC 79475733
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5613

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: FIDEL ANTONIO MORA BANDA
CC 79475733
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5619

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **05/09/2025 07:17:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JORGE LUIS CONTRERAS MARTINEZ**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 15646850**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JORGE LUIS CONTRERAS
CC 15646850
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5615

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JORGE LUIS CONTRERAS
CC 15646850
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5616

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 09:06:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JUAN CARLOS CARABALLO PALOMINO**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 10783789**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○ NO ⊗	ARL	SI ○ NO ○	EPS	SI ○ NO ○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JUAN CARLOS CARABALLO
CC 10783789
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5617

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JUAN CARLOS CARABALLO
CC 10783789
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5618

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **06/09/2025 09:48:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JULIO CESAR PALACIOS CABALLERO**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067846345**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC: 1067888431 RM: 1067888431

Trabajador: JULIO CESAR PALACIOS
CC 1067846345
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5619

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC: 1067888431 RM: 1067888431

Trabajador: JULIO CESAR PALACIOS
CC 1067846345
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5620

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 08:02:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **LUIS ROBERTO FUENTES MADERA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 78026764**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

RECOMENDAIONES ESPECIFICAS:

**TRABAJADOR PUEDE REALIZAR LABORES A NIVEL DE SUELO QUE SUPEREN ALTURAS SUPERIORESA 1,5 METROS

**SE SUGIERE VALORACION PRIORITARIA POR MEDICO GENERAL DE SU EPS HALLAZGO EN EXAMEN DE LABORATORIO

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: LUIS ROBERTO FUENTES MADERA
CC 78026764
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5621

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICION POR SU EPS

**TAMIZAJE DE TA POR 8 DIAS POR SU EPS ,DIETA SALUDABLE Y EJERCICIOS 4 VECES POR SEMANA

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: LUIS ROBERTO FUENTES MADERA
CC 78026764
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5622

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 08:46:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **MAURICIO JOSE ARGUMEDO OVIEDO**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 1003590582**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUSIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: MAURICIO JOSE ARGUMEDO
CC 1003590582
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5623

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: MAURICIO JOSE ARGUMEDO
CC 1003590582
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5629

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **06/09/2025 09:23:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **MAURICIO MANUEL MARTINEZ GALEANO**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 1073814344**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

RECOMENDACIONES GENERALES:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

MAURICIO

Trabajador: MAURICIO MANUEL MARTINEZ
CC 1073814344
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5625

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

MAURICIO

Trabajador: MAURICIO MANUEL MARTINEZ
CC 1073814344
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5626

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 09:37:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **TEOBALDO CORTES JULIO**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1001590349**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Plazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

TEOBALDO CORTES

Trabajador: TEOBALDO CORTES JULIO
CC 1001590349
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5627

- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

TEOBALDO CORTES

Trabajador: TEOBALDO CORTES JULIO
CC 1001590349
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5628

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 07:57:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **UBALDER NEIL SALAZAR RODRIGUEZ**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 78747235**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
lazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

TRABAJADOR PUEDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES LABORALES A NIVEL DE SUELO, SIN EXCEDER ALTURAS SUPERIORES A 1.5MTS**

** Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: UBALDER NEIL SALAZAR
CC 78747235
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5629

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: UBALDER NEIL SALAZAR
CC 78747235
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5630

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **30/08/2025 07:54:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **FELIPE ANTONIO MENDOZA GAVIRIA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 78016765**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
lazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

RECOMENDACION ESPECIFICA:
** SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: FELIPE ANTONIO MENDOZA
CC 78016765
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5681

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: FELIPE ANTONIO MENDOZA
CC 78016765
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5632

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **03/09/2025 08:43:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **GEOVANIS MANUEL VEGA MARTINEZ**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1064977720**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: GEOVANIS MANUEL VEGA
CC 1064977720
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5633

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: GEOVANIS MANUEL VEGA
CC 1064977720
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5639

SOINT IPS S.A.S
Salud Ocupacional Integral

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Telefono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2025/09/30	Nro Ingreso:	20250930020129
Paciente:	GERARDO GABRIEL GUERRA VELASQUEZ	CC:	78750757
Edad:	49 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	AYUDANTE DE OBRA	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2025-09-30 10:12:57		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	**APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO CON PATOLOGIA QUE NO LIMITA LA LABOR**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	*REMISION A NUTRICION Y MEDICINA GENERAL POR SU EPS PARA CONTROL POR OBESIDAD GRADO I
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Medico
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: DAVID DE JESUS GARI BUSTOS
Registro M.D: 1064978218
Licencia S.O: 5177

Firma del Paciente: GERARDO GABRIEL GUERRA VELASQUEZ
Identificacion: CC. - 78750757

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5685

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **27/08/2025 07:35:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JAIME LUIS DURANGO ROMERO**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1066719910**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:
- Pausas activas

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

JAIME DURANGO

Trabajador: JAIME LUIS DURANGO ROMERO
CC 1066719910
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5636

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

JAIME DURANGO

Trabajador: JAIME LUIS DURANGO ROMERO
CC 1066719910
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5687

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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

DATOS DEL PACIENTE



Fecha **28/08/2025 08:04:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **LUIS EDUARDO RAMOS MARMOL**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1148141542**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
plazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: LUIS EDUARDO RAMOS MARMOL
CC 1148141542
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5688

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: LUIS EDUARDO RAMOS MARMOL
CC 1148141542
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5639

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **29/08/2025 07:54:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **MIGUEL ALFONSO BAZA CORONADO**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1064992965**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
lazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

MIGUEL BAZA

Trabajador: MIGUEL ALFONSO BAZA
CC 1064992965
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5690

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

MIGUEL BAZA

Trabajador: MIGUEL ALFONSO BAZA
CC 1064992965
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5691

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **06/09/2025 07:49:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **PEDRO JOSE RAMOS VEGA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067905703**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 EXAMENES DE LABORATORIO	5 SEROLOGÍA	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
lazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

REMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** NUTRICION SI ○ NO ○

RECOMENDACION ESPECIFICA:
** SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: PEDRO JOSE RAMOS VEGA
CC 1067905703
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5692

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: PEDRO JOSE RAMOS VEGA
CC 1067905703
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5693

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Telefono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2025/09/30	Nro Ingreso:	20250930020128
Paciente:	PEDRO JOSE VELASQUEZ GUERRA	CC:	1067843988
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	MAESTRO DE OBRAS	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2025-09-30 10:01:16		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA BAJAR DE PESO, SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICION DE SU EPS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [x] Examen Periodico Ocupacional
- [x] Pausas Activas
- [x] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [x] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: PEDRO JOSE VELASQUEZ GUERRA
Identificacion: CC. - 1067843988

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5694

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **11/09/2025 07:44:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **RAFAEL DARIO JARABA ALVAREZ**

Cargo **OFICIAL DE COSNTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067863533**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
Plazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

RAFAEL JARABA

Trabajador: RAFAEL DARIO JARABA ALVAREZ
CC 1067863533
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5695

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

RAFAEL JARABA

Trabajador: RAFAEL DARIO JARABA ALVAREZ
CC 1067863533
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5696

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Telefono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2025/09/30	Nro Ingreso:	20250930020135
Paciente:	YEIKIN YAMID RUIZ NUÑEZ	CC:	1064313644
Edad:	33 años	Nombre Cliente:	PEDRO CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Ingreso
Cargo:	AYUDANTE DE OBRA	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2025-09-30 15:02:59		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN INGRESO:	APTO PARA DESEMPEÑAR EL CARGO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- Examen Periodico Ocupacional
- Pausas Activas
- Higiene Postural
- Realizacion Pruebas Complementarias
- Uso de E.P.I.
- Remitir a EPS
- Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: YEIKIN YAMID RUIZ NUÑEZ
Identificacion: CC. - 1064313644

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

ANEXO 2

EXAMENES DE EGRESO

5697

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **30/10/2025 08:05:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **ALCIBIADES LOPEZ RADA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 78022286**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
plazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: ALCIBIADES LOPEZ RADA
CC 78022286
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5698

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: ALCIBIADES LOPEZ RADA
CC 78022286
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5699

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/03/24	Nro Ingreso:	20260324020116
Paciente:	ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ	CC:	1067897814
Edad:	34 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE EGRESO
Cargo:	RESIDENTE DE OBRA	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-03-24 15:08:28		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE EGRESO:	**EXAMEN MEDICO DE EGRESO SATISFACTORIO**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☑ Examen Periódico Ocupacional	☐ Realización Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Médico
☑ Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
☑ Higiene Postural	☑ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en *cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de* reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ

Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ
Identificación: CC. - 1067897814

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5650

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/03/24	Nro Ingreso:	20260324020112
Paciente:	FRANCISCO GABRIEL MARTINEZ SUAREZ	CC:	1072262931
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE EGRESO
Cargo:	CONTADOR	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-03-24 09:11:55		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE EGRESO:	**EXAMEN MEDICO DE EGRESO SATISFACTORIO**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE Y CONTROLES ANUALES POR OPTOMETRIA DE SU EPS SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periódico Ocupacional
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Realización Pruebas Complementarias
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Remitir a EPS
- ☐ Continuar Manejo Médico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: FRANCISCO GABRIEL MARTINEZ SUAREZ
Identificación: CC. - 1072262931

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5651

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/03/24	Nro Ingreso:	20260324020114
Paciente:	JOSE DE LA CRUZ CHAVES FAJARDO	CC:	78750675
Edad:	50 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE EGRESO
Cargo:	VIGILANTE	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-03-24 10:31:20		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE EGRESO:	**EXAMEN MEDICO DE EGRESO SATISFACTORIO**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA USO DE CORRECCION OPTICA PERMANENTE Y CONTROLES ANUALES POR OPTOMETRIA DE SU EPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☑ Examen Periódico Ocupacional	☐ Realización Pruebas Complementarias	☑ Continuar Manejo Médico
☑ Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
☑ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en *cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de* reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ

Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: JOSE DE LA CRUZ CHAVES FAJARDO
Identificación: CC. - 78750675

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

3652

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/03/24	Nro Ingreso:	20260324020115
Paciente:	LEONARDO FAVY VASQUEZ JIMENEZ	CC:	1067846090
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE EGRESO
Cargo:	PROFESIONAL SST	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-03-24 14:13:37		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE EGRESO:	**EXAMEN MEDICO DE EGRESO SATISFACTORIO**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO SE EVIDENCIA PATOLOGIA DE PARED ABDOMINAL TIPO HERNIA UMBILICAL SE RECOMIENDA CITA CON CIRUGIA GENERAL DE SU EPS SE RECOMIENDA CONTINUAR CONTROLES CON MEDICO DE SU EPS POR DESGARRE DE HOMBRO DERECHO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☑ Examen Periódico Ocupacional	☐ Realización Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Médico
☑ Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
☑ Higiene Postural	☑ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: LEONARDO FAVY VASQUEZ JIMENEZ
Identificación: CC. - 1067846090

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5653

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/03/24	Nro Ingreso:	20260324020117
Paciente:	LUCIO RAMON CONTRERAS DORIA	CC:	1073810707
Edad:	38 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE EGRESO
Cargo:	AYUDANTE DE OBRA	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-03-24 14:11:52		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE EGRESO:	**EXAMEN MEDICO DE EGRESO SATISFACTORIO**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE EVIDENCIA PATOLOGÍA DE PARED ABDOMINAL TIPO HERNIA UMBILICAL SE RECOMIENDA CITA CON CIRUGIA GENERAL DE SU EPS SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☑ Examen Periódico Ocupacional	☐ Realización Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Médico
☑ Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
☑ Higiene Postural	☑ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: LUCIO RAMON CONTRERAS DORIA
Identificación: CC. - 1073810707

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5659

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/03/24	Nro Ingreso:	20260324020113
Paciente:	MARIA ISABELLA PERIÑAN TOUS	CC:	1000588442
Edad:	24 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Femenino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE EGRESO
Cargo:	INGENIERO AMBIENTAL	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-03-24 10:02:30		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE EGRESO:	**EXAMEN MEDICO DE EGRESO SATISFACTORIO**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO SE RECOMIENTA CONTINUAR SEGUIMIENTO DE SU ENDOMETRIOSIS CON MEDICO DE SU EPS
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☐ Examen Periódico Ocupacional	☐ Realización Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Médico
☐ Pausas Activas	☐ Uso de E.P.I.	
☐ Higiene Postural	☐ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) *acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en* cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: MARIA ISABELLA PERIÑAN TOUS
Identificación: CC. - 1000588442

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5655

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General



Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/03/24	Nro Ingreso:	20260324020111
Paciente:	RODRIGO JOSE PEREZ DORIA	CC:	1067936343
Edad:	30 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE EGRESO
Cargo:	AUXILIAR RESIDENTE	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-03-24 10:10:13		

Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS **LABORATORIO CLINICO** **COMPLEMENTARIOS** **VACUNAS**

AUDIOMETRIA SEROLOGIA
VISIOMETRIA

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE EGRESO:	**EXAMEN MEDICO DE EGRESO SATISFACTORIO**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periódico Ocupacional
- [ ] Realización Pruebas Complementarias
- [ ] Continuar Manejo Médico
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Remitir a EPS

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: RODRIGO JOSE PEREZ DORIA
Identificación: CC. - 1067936343

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5656

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Teléfono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL con énfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/03/24	Nro Ingreso:	20260324020114
Paciente:	YEFRINSON - BOLAÑO BARRERA	CC:	1003064873
Edad:	28 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	EVALUACION MEDICA DE EGRESO
Cargo:	AYUDANTE DE OBRA	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-03-24 08:28:07		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificación de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EVALUACION MEDICA DE EGRESO:	**EXAMEN MEDICO DE EGRESO SATISFACTORIO**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

☑ Examen Periódico Ocupacional	☐ Realización Pruebas Complementarias	☐ Continuar Manejo Médico
☑ Pausas Activas	☑ Uso de E.P.I.	
☑ Higiene Postural	☑ Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en *cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informó también que este documento es estrictamente confidencial* y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraída del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presentó y diligenció el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informó que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: YEFRINSON - BOLAÑO BARRERA
Identificación: CC. - 1003064873

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5657

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Telefono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/02/13	Nro Ingreso:	202602313020135
Paciente:	DAIRO LUIS VELASQUEZ GUERRA	CC:	10913334
Edad:	48 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Egreso
Cargo:	AYUDANTE DE OBRA	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2025-02-13 09:13:05		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EGRESO:	EXAMEN DE EGRESO FATISFACTORIO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	*REMISION A NUTRICION Y MEDICINA GENERAL POR SU EPS PARA CONTROL DE PESO POR OBESIDAD GRADO I
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TECNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- ☐ Examen Periodico Ocupacional
- ☐ Pausas Activas
- ☐ Higiene Postural
- ☐ Realizacion Pruebas Complementarias
- ☐ Uso de E.P.I.
- ☐ Remitir a EPS
- ☐ Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: DAVID DE JESUS GARI BUSTOS
Registro M.D: 1064978218
Licencia S.O: 5177

Firma del Paciente: DAIRO LUIS VELASQUEZ GUERRA
Identificacion: CC. - 10913334

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5658

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/10/2025 10:50:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **CAMILO ANDRES ARIAS AVILEZ**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1007781142**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
plazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

RECOMENDACIONES GENERALES:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Camilo Arias

Trabajador: CAMILO ANDRES ARIAS AVILEZ
CC 1007781142
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5659

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: CAMILO ANDRES ARIAS AVILEZ
CC 1007781142
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

3660

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **27/10/2025 07:30:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067923283**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
plazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Divier Ramirez

Trabajador: DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO
CC 1067923283
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5661

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: DIVIER ANTONIO RAMIREZ SOLANO
CC 1067923283
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5662

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **29/10/2025 07:41:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **EDWIN MEDINA MEDINA**

Cargo **AYUDANTE EN CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 8168995**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA
4 □□R□□□□□	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
plazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○ NO ⊗	ARL	SI ○ NO ○	EPS	SI ○ NO ○

RECOMENDACION ESPECIFICA:
** SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: EDWIN MEDINA MEDINA
CC 8168995
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5663

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: EDWIN MEDINA MEDINA
CC 8168995
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5669

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/10/2024 08:05:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **FIDEL ANTONIO MORA BANDA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 79475733**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

RECOMENDACION ESPECIFICA:

** SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Fidel A Mora

Trabajador: FIDEL ANTONIO MORA BANDA
CC 79475733
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5665

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Fidel A Mora

Trabajador: FIDEL ANTONIO MORA BANDA
CC 79475733
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5666

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **29/10/2025 08:17:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JORGE LUIS CONTRERAS MARTINEZ**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 15646850**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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

EMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JORGE LUIS CONTRERAS
CC 15646850
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5667

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JORGE LUIS CONTRERAS
CC 15646850
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5668

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **29/10/2025 09:06:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JUAN CARLOS CARABALLO PALOMINO**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 10783789**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○ NO ⊗	ARL	SI ○ NO ○	EPS	SI ○ NO ○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JUAN CARLOS CARABALLO
CC 10783789
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5669

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: JUAN CARLOS CARABALLO
CC 10783789
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5670

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **27/102025 10:48:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JULIO CESAR PALACIOS CABALLERO**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067846345**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○ NO ⊗	ARL	SI ○ NO ○	EPS	SI ○ NO ○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC: 1067888431 RM: 1067888431

Trabajador: JULIO CESAR PALACIOS
CC 1067846345
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5671

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC: 1067888431 RM: 1067888431

Trabajador: JULIO CESAR PALACIOS
CC 1067846345
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5672

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **27/10/2025 08:02:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **LUIS ROBERTO FUENTES MADERA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 78026764**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ⊗ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

RECOMENDAIONES ESPECIFICAS:

**TRABAJADOR PUEDE REALIZAR LABORES A NIVEL DE SUELO QUE SUPEREN ALTURAS SUPERIORESA 1,5 METROS

**SE SUGIERE VALORACION PRIORITARIA POR MEDICO GENERAL DE SU EPS HALLAZGO EN EXAMEN DE LABORATORIO

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: LUIS ROBERTO FUENTES MADERA
CC 78026764
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5673

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

**SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICION POR SU EPS

**TAMIZAJE DE TA POR 8 DIAS POR SU EPS ,DIETA SALUDABLE Y EJERCICIOS 4 VECES POR SEMANA

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: LUIS ROBERTO FUENTES MADERA
CC 78026764
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5674

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **27/10/2025 08:46:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **MAURICIO JOSE ARGUMEDO OVIEDO**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 1003590582**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUSIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○	NO ⊗	ARL	SI ○	NO ○	EPS	SI ○	NO ○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: MAURICIO JOSE ARGUMEDO
CC 1003590582
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5675

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: MAURICIO JOSE ARGUMEDO
CC 1003590582
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5696

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **27/10/2025 09:23:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **MAURICIO MANUEL MARTINEZ GALEANO**

Cargo **AYUDANTE** Doc. Identidad **CC 1073814344**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

RECOMENDACIONES GENERALES:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

MAURICIO

Trabajador: MAURICIO MANUEL MARTINEZ
CC 1073814344
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5677

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

MAURICIO

Trabajador: MAURICIO MANUEL MARTINEZ
CC 1073814344
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5678

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/10/2025 09:37:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **TEOBALDO CORTES JULIO**

Cargo **OFICIAL DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1001590349**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA
4 SEROLOGÍA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

TEOBALDO CORTES

Trabajador: TEOBALDO CORTES JULIO
CC 1001590349
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA Teléfono: 3003866789

5679

- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

TEOBALDO CORTES

Trabajador: TEOBALDO CORTES JULIO
CC 1001590349
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5680

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/10/2025 06:57:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **UBALDER NEIL SALAZAR RODRIGUEZ**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 78747235**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

TRABAJADOR PUEDE REALIZAR SUS ACTIVIDADES LABORALES A NIVEL DE SUELO, SIN EXCEDER ALTURAS SUPERIORES A 1.5MTS

** Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: UBALDER NEIL SALAZAR
CC 78747235
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5681

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: UBALDER NEIL SALAZAR
CC 78747235
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5682

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **30/10/2025 07:04:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **FELIPE ANTONIO MENDOZA GAVIRIA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 78016765**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 VISIOMETRIA	3 AUDIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
..azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

:MISIÓN SI ○ NO⊗ **ARL** SI ○ NO○ **EPS** SI ○ NO⊗

RECOMENDACION ESPECIFICA:
** SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: FELIPE ANTONIO MENDOZA
CC 78016765
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5683

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: FELIPE ANTONIO MENDOZA
CC 78016765
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5689

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/10/2025 07:03:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **GEOVANIS MANUEL VEGA MARTINEZ**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1064977720**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
lazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○ NO ⊗	ARL	SI ○ NO ○	EPS	SI ○ NO ○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: GEOVANIS MANUEL VEGA
CC 1064977720
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5685

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: GEOVANIS MANUEL VEGA
CC 1064977720
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5686

SOINT IPS S.A.S
Salud Ocupacional Integral

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Telefono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/02/13	Nro Ingreso:	20260213020127
Paciente:	GERARDO GABRIEL GUERRA VELASQUEZ	CC:	78750757
Edad:	49 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Egreso
Cargo:	AYUDANTE DE OBRA	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-02-13 08:08:57		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EGRESO:	**EXAMEN MEDICO DE EGRESO FATISFACTORIO**
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	*REMISION A NUTRICION Y MEDICINA GENERAL POR SU EPS PARA CONTROL POR OBESIDAD GRADO I
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

Examen Periodico Ocupacional	Realizacion Pruebas Complementarias	Continuar Manejo Medico
Pausas Activas	Uso de E.P.I.	
Higiene Postural	Remitir a EPS	

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Visual:	Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
Auditiva:	Control de exposición a ruido en la fuente; protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido; reposo auditivo extralaboral

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: DAVID DE JESUS GARI BUSTOS
Registro M.D: 1064978218
Licencia S.O: 5177

Firma del Paciente: GERARDO GABRIEL GUERRA VELASQUEZ
Identificacion: CC. - 78750757

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5687

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **27/10/2025 07:33:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **JAIME LUIS DURANGO ROMERO**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1066719910**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

** SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:
- Pausas activas

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

JAIME DURANGO

Trabajador: JAIME LUIS DURANGO ROMERO
CC 1066719910
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5688

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

JAIME DURANGO

Trabajador: JAIME LUIS DURANGO ROMERO
CC 1066719910
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5689

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/10/2025 14:04:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **LUIS EDUARDO RAMOS MARMOL**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1148141542**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

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

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

Recomendaciones generales:

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: LUIS EDUARDO RAMOS MARMOL
CC 1148141542
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5690

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: LUIS EDUARDO RAMOS MARMOL
CC 1148141542
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5691

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **29/10/2025 08:54:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **MIGUEL ALFONSO BAZA CORONADO**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1064992965**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACION
Apto para el cargo	○	○	○	○
Aplazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Miguel BAZA
Trabajador: MIGUEL ALFONSO BAZA
CC 1064992965
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5692

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

MIGUEL BAZA

Trabajador: MIGUEL ALFONSO BAZA
CC 1064992965
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5693

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/10/2025 07:49:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **PEDRO JOSE RAMOS VEGA**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067905703**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 EXAMENES DE LABORATORIO	5 SEROLOGÍA	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
lazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** NUTRICION SI ○ NO ○

RECOMENDACION ESPECIFICA:
** SE RECOMIENDA MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.

Recomendaciones generales:

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: PEDRO JOSE RAMOS VEGA
CC 1067905703
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5609

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S

Nit. 900728983 - 5

Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA

Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: PEDRO JOSE RAMOS VEGA
CC 1067905703
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5695

SOINT IPS S.A.S
Salud Ocupacional Integral

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Telefono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/02/13	Nro Ingreso:	20260213020115
Paciente:	PEDRO JOSE VELASQUEZ GUERRA	CC:	1067843988
Edad:	39 años	Nombre Cliente:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Egreso
Cargo:	MAESTRO DE OBRAS	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-02-13 10:15:17		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EGRESO:	EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA BAJAR DE PESO, SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICION DE SU EPS.
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NORMAL, NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA SE ACONSEJA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [ ] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular:	Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo
Cardiovascular:	Reducir el consumo de azucares, harinas, sal, grasas y fritos; asistir a programas periodicos de promoción y prevención de riesgo cardiovascular en su EPS. Control periodico de peso, control de tensión arterial preventiva.

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y politica de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclinicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendi las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: PEDRO JOSE VELASQUEZ GUERRA
Identificacion: CC. - 1067843988

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

5696

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **28/10/2025 08:45:30** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **RAFAEL DARIO JARABA ALVAREZ**

Cargo **OFICIAL DE COSNTRUCCION** Doc. Identidad **CC 1067863533**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 SEROLOGIA	5	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

RAFAEL JARABA

Trabajador: RAFAEL DARIO JARABA ALVAREZ
CC 1067863533
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5697

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

RAFAEL JARABA

Trabajador: RAFAEL DARIO JARABA ALVAREZ
CC 1067863533
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5818

SOINT IPS S.A.S
Salud Ocupacional Integral

SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS
No. Identificación 901050606-5
Dirección: CALLE 32 #9-44 CENTRO.
Telefono: 7892270
Email: gestion.soint@gmail.com - comercial.soint@gmail.com

CERTIFICADO MÉDICO DE APTITUD LABORAL
con enfasis en OSTEOMUSCULAR

Información General

Fecha impresión:	MONTERÍA - 2026/02/13	Nro Ingreso:	20260213020136
Paciente:	YEIKIN YAMID RUIZ NUÑEZ	CC:	1064313644
Edad:	33 años	Nombre Cliente:	PEDRO CONSORCIO INGENIO URBANO
Género:	Masculino	Tipo Evaluación:	Egreso
Cargo:	AYUDANTE DE OBRA	Convenio:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Origen:	CONSORCIO INGENIO URBANO	Destino:	CONSORCIO INGENIO URBANO
Fecha Atención:	2026-02-13 14:02:49		



Pruebas de Apoyo Diagnóstico

PARACLINICOS	LABORATORIO CLINICO	COMPLEMENTARIOS	VACUNAS
AUDIOMETRIA	SEROLOGÍA		
VISIOMETRIA			

Certificacion de Aptitud

CONCEPTO - EXAMEN EGRESO:	EXAMEN DE EGRESO SATISFACTORIO
OBSERVACIONES AL CONCEPTO:	SE RECOMIENDA CITA CON NUTRICIONISTA DE SU EPS PARA MANEJO DE SU SOBREPESO
ENFASIS - OSTEOMUSCULAR:	**NORMAL**
RECOMENDACIONES AL ENFASIS:	NO PRESENTA ALTERACIONES MUSCULARES, SE RECOMIENDA ADHERENCIA A PROGRAMA DE PAUSAS ACTIVAS IMPLEMENTADO EN LA EMPRESA, SE RECOMIENDA CAPACITACIÓN RESPECTO ADECUADO USO DE HERRAMIENTAS Y MAQUINARIA USADAS POR EL TRABAJADOR, REALIZAR LEVANTAMIENTO DE CARGAS CON TÉCNICA APROPIADA Y DE ACUERDO A LOS LÍMITES PERMISIBLES ESTABLECIDOS SE ACONSEJA CAMBIAR DE POSICIÓN A LO LARGO DE LA JORNADA LABORAL EN SEDESTACIÓN / BIPEDESTACIÓN HIGIENE POSTURAL

Recomendaciones Generales

- [ ] Examen Periodico Ocupacional
- [ ] Pausas Activas
- [ ] Higiene Postural
- [ ] Realizacion Pruebas Complementarias
- [x] Uso de E.P.I.
- [ ] Remitir a EPS
- [ ] Continuar Manejo Medico

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

Osteomuscular: Acondicionamiento fisico segun requerimientos del cargo. Adecuacion ergonomica de puestos de trabajo segun disposicion de la empresa. Capacitacion para manejo de cargas segun criterio del cargo

Limitaciones o Restricciones

Tipo Limitación: ninguna

Observación: NINGUNA

Autorizo al médico ocupacional quien firma abajo a realizar los exámenes médicos y pruebas complementarias sugeridas por la empresa. Certifico que he sido informado (a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y veridicas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. La firma del paciente referida en este documento es imagen extraida del consentimiento informado y política de protección de datos diligenciada y firmada por cada paciente antes de ingresar a la atención donde nos autoriza a practicarle los exámenes médicos y paraclínicos correspondientes. La imagen de firma del paciente certifica que se presento y diligencio el documento de consentimiento informado el cual reposa en los archivos de SALUD OCUPACIONAL INTEGRAL IPS SAS. Comprendí las explicaciones y recomendaciones suministradas por el médico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.

Profesional Ocupacional: LISSETH PAOLA VILLADIEGO ALVAREZ
Registro M.D: 1102857442
Licencia S.O: 080/2021

Firma del Paciente: YEIKIN YAMID RUIZ NUÑEZ
Identificacion: CC. - 1064313644

Todos los derechos reservados - www.innovasoftcol.com

ANEXO 3

EXAMENES DE INGRESO TRABAJO EN ALTURAS

5699

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **15/08/2025 07:20:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **OLKY FAIDER CASTRO MONTALVO**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 10967302**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 EXAMENES DE LABORATORIO	5 SEROLOGIA	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN SI ○ NO ⊗ **ARL** SI ○ NO ○ **EPS** SI ○ NO ○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

OLKY CASTRO

Trabajador: OLKY FAIDER CASTRO MONTALVO
CC 10967302
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5700

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

OLKY CASTRO

Trabajador: OLKY FAIDER CASTRO MONTALVO
CC 10967302
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5701

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **15/08/2025 07:27:05** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **PABLO JOSE MORELO HERRERA**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 78697710**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 EXAMENES DE LABORATORIO	5 SEROLOGIA	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	⊗	○	○	○
plazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	○
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	○
Enfermedad Común	○	○

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

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

RECOMENDACION ESPECIFICA:
MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.
Recomendaciones generales:
- Pausas activas

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: PABLO JOSE MORELO HERRERA
CC 78697710
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5702

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Recomendaciones generales:

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: PABLO JOSE MORELO HERRERA
CC 78697710
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

ANEXO 4

EXAMENES DE EGRESO TRABAJO EN ALTURAS

5703

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **15/10/2025 08:25:00** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **OLKY FAIDER CASTRO MONTALVO**

Cargo **AYUDANTE DE CONSTRUCCION** Doc. Identidad **CC 10967302**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 EXAMENES DE LABORATORIO	5 SEROLOGIA	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
azado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○ NO⊗	ARL	SI ○ NO○	EPS	SI ○ NO○

Recomendaciones generales:
- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

OLKY CASTRO

Trabajador: OLKY FAIDER CASTRO MONTALVO
CC 10967302
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5704

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

OLKY CASTRO

Trabajador: OLKY FAIDER CASTRO MONTALVO
CC 10967302
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5405

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

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



DATOS DEL PACIENTE

Fecha **15/10/2025 06:17:05** Empresa **CONSORCIO INGENIO URBANO**

Nombre **PABLO JOSE MORELO HERRERA**

Cargo **AYUDANTE DE OBRA** Doc. Identidad **CC 78697710**

SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

1 EXAMEN MEDICO OSTEOMUSCULAR	2 AUDIOMETRIA	3 VISIOMETRIA
4 EXAMENES DE LABORATORIO	5 SEROLOGIA	6
7	8	9

EXAMEN DE INGRESO	SI	NO	NO APLICA	FALTA INFORMACIÓN
Apto para el cargo	○	○	○	○
lazado	○	○	○	○
Apto con restricciones	○	○	○	○
Apto para trabajar en alturas	⊗	○	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○	○	○
Apto para Trabajar con equipos de suministro de aire o autocontenido	○	○	○	○
Apto para participar en la brigada	○	○	○	○
Apto para el requerimiento del cargo de la empresa o contratista	○	○	○	○

EXAMEN PERIÓDICO	SI	NO
Apto para continuar desempeñando el cargo sin limitaciones	○	○
Requiere restricciones de actividades	○	○
Requiere reubicación laboral temporal	○	○
Requiere reubicación laboral permanente	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○
Apto para trabajar en espacios confinados	○	○
Apto para trabajar en alturas	○	○

EXAMEN DE RETIRO	SI	NO
Sospecha de enfermedad Profesional	○	⊗
Secuelas de Accidentes de Trabajo	○	⊗
Enfermedad Común	○	⊗

PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Visual ○ Auditivo ○ Respiratorio ○ Cardiovascular ○ Psicosocial ○ Ergonómico ○ Otros ○

EMISIÓN	SI ○ NO⊗	ARL	SI ○ NO○	EPS	SI ○ NO○

RECOMENDACION ESPECIFICA:
MEJORAR HABITOS ALIMENTICIOS QUE PERMITAN ALCANZAR UN PESO SALUDABLE, REALIZAR ACTIVIDAD FISICA AEROBICA INTENSA, MINIMO 150 MINUTOS SEMANALES.
Recomendaciones generales:
- Pausas activas

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: PABLO JOSE MORELO HERRERA
CC 78697710
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

5706

LABORO SALUD OCUPACIONAL S.A.S
Nit. 900728983 - 5
Dirección: CALLE 22 N° 12a - 03 B/ LAJULIA
Tel: 3003866789

INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD

- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

Recomendaciones generales:

- Pausas activas
- Higiene postural
- Uso correcto de elementos de protección personal de acuerdo a su cargo.
- Mantenga un alto nivel de concentración y atención en su sitio de trabajo.
- Control anual por seguridad y salud en el trabajo
- Hábitos de vida saludable.
- Capacitación para el cargo a desempeñar

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

ANDREA LUCIA YANCES FUENTES
Especialidad: MEDICINA OCUPACIONAL
CC/RM 1067888431
LIC SST 002606

Trabajador: PABLO JOSE MORELO HERRERA
CC 78697710
Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad

Captura Biometrica

ANEXO 5

INFORMES PGIO MENSUALES (6) SEIS

5707

CONSORCIO INGENIO URBANO	INFORME N°1 PLAN DE GESTION INTEGRAL DE OBRA	Alcaldía de MONTERÍA

CONSTRUCCION DE PARQUE LINEAL UBICADO EN LA CALLE 44 ENTRE LA CARRERA 2DA Y 4TA EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA

INFORME N°1

CONTRATO DE OBRA No. LP-SIM-012-2025

PERIODO:

DESDE EL 11 DE AGOSTO AL 11 DE SEPTIEMBRE DE 2025

5408

CONSORCIO INGENIO URBANO	**INFORME N°1** **PLAN DE GESTION INTEGRAL DE OBRA**	Alcaldía de **MONTERÍA**

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION 4
2 OBJETIVOS 5
2.1 Objetivo General 5
2.2 Objetivos Específicos 5
3 GENERALIDADES DEL PROYECTO 5
3.1 INFORMACION GENERAL 5
3.2 LOCALIZACION DEL PROYECTO 6
4 ACTIVIDADES DEL PROYECTO 7
4.1. Descripción De Las Actividades Desarrolladas 7
4.2. Recursos 8
4.2.1. Recurso Humano de acuerdo con los pliegos 8
4.2.2. Infraestructura y Ambiente de Trabajo 9
4.2.3. Herramientas y Equipos 9
5 ASPECTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO 10
5.1. Radicados de Afiliación. 10
5.2. Listado del Personal Directo y subcontratado. 10
5.3. Plan de Trabajo SG-SST 11
5.4. Aportes Al Sistema General de Seguridad Social 11
5.5. Designación del responsable del SG-SST 11
5.6. Inducción del Personal 11
5.7. Notificaciones de Riesgo 12
5.8. Capacitaciones en SST 12
5.9. Publicaciones 12
5.10. Subprograma de Medicina Preventiva y Del Trabajo 12
5.11. Evaluaciones Médicas de Ingreso y Licencia en S.O 13
5.12. Diagnóstico de Condiciones de Salud 13
5.13. Manejo Accidentalidad y Ausentismo por Causa Medica 13
5.13.1. Registros de Accidentes 13

5.13.2. Ausentismo por Causa Medica 14
5.13.3. Indicadores Accidentalidad Resolución 0312 de 2019 14
5.14. Entrega De Dotación Y Elementos De Protección Personal 14
5.15. Inspecciones Planeadas 14
5.16. Reporte de Actos y Condiciones Inseguras 15
5.17. Permisos De Trabajo 15
5.18. Prevención, Preparación Y Respuesta A Emergencias 15
5.19. Herramientas, Volquetas, Máquinas y Equipos 15
5.20. Seguimiento a Maquinarias y Vehículos 16
5.21. Señalización Y Demarcación De Obra 16
5.22. Punto de Hidratación 17
5.23. Baños Resolución 2400 de 1979 17
6 PLAN DE GESTIÓN AMBIENTAL 17
6.1. Brigadas de Aseo 17
6.2. Manejo de Residuos Sólidos Convencionales 18
6.3. Manejo y Disposición Final de Residuos de Construcción y Demolición 18
6.4. Gestión Del Recurso Hídrico-Manejo De Aguas 18
6.5. Manejo De Residuos Peligrosos 19
6.6. Instalaciones Temporales 19
6.7. Manejo Integral de Materiales de Construcción 19
7 COMPONENTE SOCIAL 20
7.1. P.Q.R.S. 20
7.2. Punto de Atención al Ciudadano 20
7.3. Socialización del Proyecto – Conformación de veeduría 20
7.4. CONTRATACIÓN DE PERSONAL ZONA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO 21
8. REGISTRO FOTOGRÁFICO PGIO 21

1. INTRODUCCION

El Municipio de Montería busca generar calidad de vida en aspectos de salud, ocio y educación. mejorando así, los niveles de bienestar de los habitantes de la ciudad.

Por consiguiente, la entidad concibió la formulación del proyecto CONSTRUCCION DE PARQUE LINEAL UBICADO EN LA CALLE 44 ENTRE LA CARRERA 2DA Y 4TA EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA, el cual involucra las políticas de promoción y desarrollo de actividades recreo - deportivas como instrumento de inserción socio - cultural. Se aspira que este parque, se convierta en un sitio de interés público en concordancia con los lineamientos y directrices del Plan de Ordenamiento Territorial y la dinámica de crecimiento de la ciudad.

El proyecto busca ser el escenario de encuentro social, dinámico y de construcción de ciudadanía en el sector, proponiendo a la vez una integración humano - ecológica en donde el enriquecimiento físico e intelectual será primordial para el desarrollo integral de las funciones del proyecto como espacio público.

De igual forma, se busca mejorar las condiciones para la movilidad del sector con las especificaciones técnicas adecuadas.

En el cumplimiento de los requisitos del proyecto, se establece el presente Plan de Gestión Integral dentro del contrato No. LP-SIM-012-2025 cuyo objeto es "CONSTRUCCION DE PARQUE LINEAL UBICADO EN LA CALLE 44 ENTRE LA CARRERA 2DA Y 4TA EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA" el cual tiene el propósito de describir las actividades y medidas de manejo a desarrollar para el cumplimiento de los componentes Ambiental, SST y Social, con las cuales se busca prevenir, mitigar y compensar los impactos adversos que puedan generarse por la ejecución de las actividades del proyecto.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Describir el desarrollo de las actividades a ejecutar para el cumplimiento del Componente Ambiental, Componente de Seguridad y Salud en el Trabajo y Componente Social

2.2 Objetivos Específicos

- Prevenir, mitigar y compensar los impactos adversos asociados a la ejecución y desarrollo de las obras civiles del proyecto.
- Tener en cuenta la normativa aplicable a cada uno de los componentes a desarrollar dentro de la ejecución del proyecto.

3 GENERALIDADES DEL PROYECTO

3.1 INFORMACION GENERAL

En la Tabla N°1 se describe la información general que identifica el contratista y el proyecto.

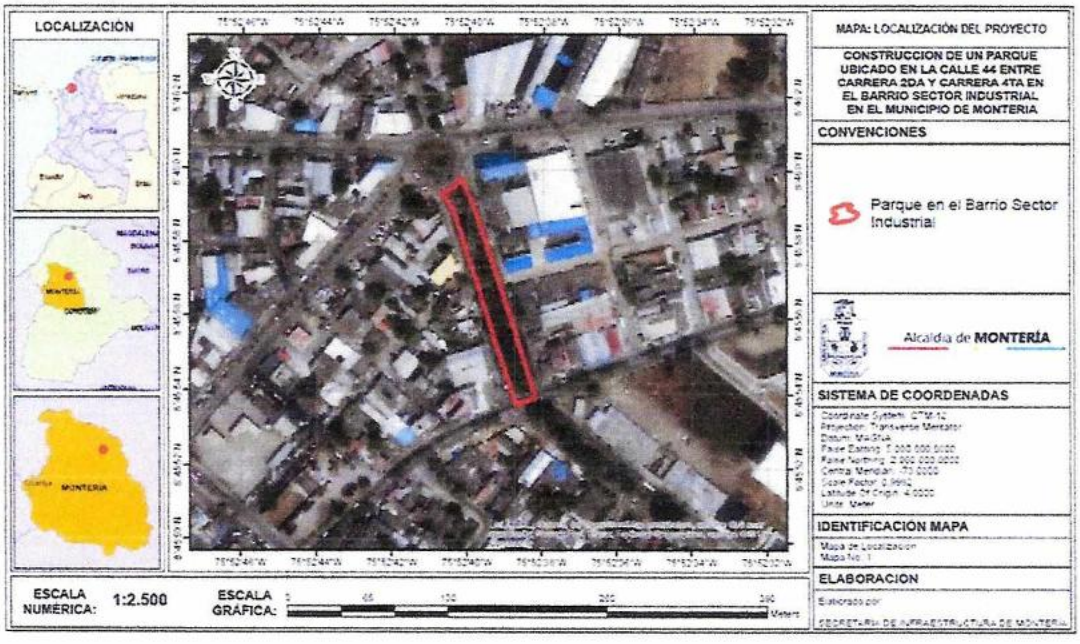
Tabla N°1 Información General del contratista y el proyecto.

CONTRATO N°:	LP-SIM-012-2025
CONTRATANTE:	Municipio de Montería
CONTRATISTA:	CONSORCIO INGENIO URBANO
OBJETO DEL CONTRATO:	CONSTRUCCION DE PARQUE LINEAL UBICADO EN LA CALLE 44 ENTRE LA CARRERA 2DA Y 4TA EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA
VALOR:	CUATRO MIL TRESCIENTOS NOVENTA MILLONES SEISCIENTOS NUEVE MIL TRESCIENTOS VENTI DOS ($4.390.609.322,00)
PLAZO:	SEIS (6) MESES

3.2 LOCALIZACION DEL PROYECTO

El proyecto se localiza geográficamente en la zona céntrica de la ciudad de Montería, bajo las siguientes informaciones geográfica:

Punto de Referencia		Coordenadas Geográficas	
		LATITUD	LONGITUD
BARRIO SECTOR INDUSTRIAL	1	8°45'53.64"N	75°52'38.35"O
	2	8°45'53.77"N	75°52'37.87"O
	3	8°45'59.57"N	75°52'39.86"O
	4	8°45'59.21"N	75°52'40.32"O



La topografía de Montería es básicamente plana, con algunas elevaciones de menor importancia. La parte occidental de la ciudad está surcada por la serranía de Las Palomas.

Al norte limita con el municipio de Cereté, Puerto Escondido y San Pelayo; al este con San Carlos y Planeta Rica; al sur con Tierralta y Valencia; al oeste con el departamento de Antioquia y los municipios de Canalete, Puerto Escondido y Los Córdobas.

El departamento de Córdoba Tiene una superficie de 25.036,6 km2 y se encuentra al norte de Colombia en el mar Caribe, entre los 7° 22' y 9° 26' de latitud norte y los 74°47' y 76° 30' de latitud oeste.

4 ACTIVIDADES DEL PROYECTO

4.1. Descripción De Las Actividades Desarrolladas

Se desarrollan actividades de acuerdo con el cronograma de obra y el desarrollo del proyecto, entre estas actividades tenemos las siguientes.

- ✓ Desmonte de cubierta en zinc
- ✓ Desmonte, retiro de estructuras
- ✓ Demolición de pisos y andenes de concreto.
- ✓ Manejo de cauce de agua canal
- ✓ Demolición de estructuras.
- ✓ Excavaciones varias en material común bajo agua (a máquina)
- ✓ Cargue y retiro de material sobrante
- ✓ Instalación de geotextil para separación de suelos
- ✓ Mejoramiento de la subrasante con adición de materiales (tipo piedra rajón o similar)
- ✓ Relleno con material seleccionado compactado
- ✓ Solado concreto
- ✓ Concreto resistencia 28 mpa para box coulvert, paredes, fondo y tapa de canal
- ✓ Acero de refuerzo
- ✓ Junta para muro en cinta pvc
- ✓ Limpieza manual de canal y estructuras hidráulicas
- ✓ Remoción de especies vegetales tala de árboles alturas entre h= 5.1m a 10m
- ✓ Remoción de especies vegetales

4.2. Recursos

4.2.1. Recurso Humano de acuerdo con los pliegos

El personal mínimo requerido según pliego de condiciones y aprobado por la Interventoría es el siguiente:

No.	Nombre y Apellido	Cargo y/o oficio	Dedicación
			%
1	VIVIANA PATRICIA DORIA ALVAREZ	DIRECTOR DE OBRA	30%
2	ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ	RESDENTE DE OBRA	100%
3	RODRIGO JOSE PEREZ DORA	AUXLIAR RESIDENTE	100%
4	DANIEL ARTURO DUEÑAS CHANTACA	ESPCIALISTA ESTRUCTURAL	30%
5	WILLIAN MANUEL BERROCAL POSADA	ESPECIALISTA HIDRAULICO	30%
6	MARIA ISABEL PERIÑAN TOUS	IINGENIERO AMBIENTAL	100%
7	LEONARDO VASQUEZ JIMENEZ	PROFESIONAL SST	100%
8	LUIS FELIPE LONDOÑO GOMEZ	ALMACENISTA	100%
9	FRANCISCO GABRIEL MARTINEZ SUAREZ	CONTADOR	30%
10	JOSE DE LA CRUZ CHAVEZ FAJARDO	VIGILANCIA	100%
11	LUCIO RAMON CONTRERAS DORIA	VIGILANCIA	100%

4.2.2. Infraestructura y Ambiente de Trabajo

Para la ejecución del proyecto CONSTRUCCION DE PARQUE LINEAL UBICADO EN LA CALLE 44 ENTRE LA CARRERA 2DA Y 4TA EN EL MUNICIPIO DE MONTERIA, cuenta con un campamento temporal en una vivienda vecina al proyecto para el desarrollo de las actividades administrativas y almacenamiento de materiales, herramientas y equipos.

En estas instalaciones se cuenta con baño para todo el personal, cocina, lavamanos y área para el cambio del personal.

4.2.3. Herramientas y Equipos

Conforme a lo establecido en los pliegos de condiciones los equipos y herramientas utilizadas en obra son:

Item	Nombre	Tipo
1	Palas	Herramienta manual
2	Paladraga	Herramienta manual
3	Almádanas	Herramienta manual
4	Machete	Herramienta manual
5	Pulidora 7"	Herramienta de Potencia
6	Minicargador con brazo excavador, rodillo compactador y valde cargador.	Equipo
7	Vibro compactador tipo rana	Equipo
8	Motobomba	Equipo
9	Retroexcavadora de orugas	Maquinaria
10	Vibro de concreto tipo aguja	Equipo
11	Formaletas metálicas	Equipo

5 ASPECTO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

5.1. Radicados de Afiliación.

Todo el personal de obra incluidos el personal profesional y el personal operativo, se encuentra afiliado al sistema general de seguridad social, que incluye afiliación a riesgos laborales (ARL), salud (EPS) y pensión (AFP). Todos los soportes de afiliación se encuentran en el ANEXO DOCUMENTOS PERSONAL DE OBRA.

5.2. Listado del Personal Directo y subcontratado.

A continuación, se detalla el personal contratado en obra directo e indirecto durante el período de este informe:

PERSONAL ADMINISTRATIVO

No.	Nombre y Apellido	Cargo y/o oficio	Dedicación
			%
1	VIVIANA PATRICIA DORIA ALVAREZ	DIRECTOR DE OBRA	30%
2	ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ	RESDENTE DE OBRA	100%
3	RODRIGO JOSE PEREZ DORA	AUXLIAR RESIDENTE	100%
4	DANIEL ARTURO DUEÑAS CHANTACA	ESPCIALISTA ESTRUCTURAL	30%
5	WILLIAN MANUEL BERROCAL POSADA	ESPECIALISTA HIDRAULICO	30%
6	MARIA ISABEL PERIÑAN TOUS	IINGENIERO AMBIENTAL	100%
7	LEONARDO VASQUEZ JIMENEZ	PROFESIONAL SST	100%
8	LUIS FELIPE LONDOÑO GOMEZ	ALMACENISTA	100%
9	FRANCISCO MARTINEZ SUAREZ	CONTADOR	30%
10	JOSE DE LA CRUZ CHAVEZ FAJARDO	VIGILANCIA	100%
11	LUCIO RAMON CONTRERAS DORIA	VIGILANCIA	100%

5.3. Plan de Trabajo SG-SST

Para dar cumplimiento a lo establecido en el decreto 1072 de 2015, se estableció un plan de trabajo en concerniente al eje de seguridad y salud en el trabajo, el cual se entregó al inicio del proyecto. En la ficha PMA 12 SEGURIDAD INDUSTRIAL Y SALUD OCUPACIONAL del PGIO inicial del CONSORCIO INGENIO URBANO se especifican las actividades a realizar y que se evidencian en los anexos de este informe.

5.4. Aportes Al Sistema General de Seguridad Social

En el ANEXO SEGURIDAD Y AFILIACIONES, se pueden observar los certificados de afiliación del personal contratista y subcontratista. No se incluye el pago de la seguridad social del personal de obra. La seguridad social de obra se encuentra en una planilla propia del CONSORCIO INGENIO URBANO

5.5. Designación del responsable del SG-SST

CONSORCIO INGENIO URBANO, designa como responsable de su sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo al Ingeniero LEONARDO VASQUEZ JIMENEZ Ver ANEXO. ACTA DE DESIGNACIÓN DEL RESPONSABLE DEL SG-SST

5.6. Inducción del Personal

A todo el personal se le realizó inducción de obra, en donde se le socializó la política de seguridad y salud en el trabajo, los riesgos a los que está expuesto, las medidas de seguridad dentro de la obra y todas las demás recomendaciones necesarias en materia de seguridad y salud en el trabajo. Ver ANEXO. INDUCCIÓN

5.7. Notificaciones de Riesgo

Conscientes de la importancia de darle a conocer a los trabajadores de los riesgos a los que se encuentran expuestos, CONSORCIO INGENIO URBANO, socializó con cada uno de los trabajadores del proyecto los posibles peligros y riesgos que puedan generar accidentes o enfermedades laborales, de igual forma se socializan las medidas preventivas para minimizar estos riesgos. Este registro lo podemos encontrar en el ANEXO. NOTIFICACIONES DE RIESGOS

5.8. Capacitaciones en SST

Durante el período de este informe No. 1, no se realizaron capacitaciones al personal, esto debido a que este tiempo se utilizó para realizar las respectivas inducciones al personal y las notificaciones de riesgos y peligros.

5.9. Publicaciones

En el proyecto se tienen publicado los siguientes documentos en materia de SST:

- ✓ Reglamento de higiene y seguridad industrial.
- ✓ Matriz de peligro
- ✓ Política de seguridad y salud en el trabajo
- ✓ Política de no consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas.

5.10. Subprograma de Medicina Preventiva y Del Trabajo

Se realizaron un conjunto de actividades encaminadas a la promoción y control de la salud de los trabajadores. En este Subprograma se integran las acciones de Medicina Preventiva y Medicina del Trabajo, teniendo en cuenta que las dos tienden a garantizar óptimas condiciones de bienestar físico, mental y social de los trabajadores,

protegiéndolos de los factores de riesgo ocupacionales, ubicándolos en un puesto de trabajo acorde con sus condiciones psico-físicas y manteniéndolos en aptitud de producción laboral

Las actividades realizadas en el periodo de este primer mes

- ✓ Evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso
- ✓ Diagnóstico de condiciones de salud
- ✓ Notificaciones de las recomendaciones médicas ocupacionales

5.11. Evaluaciones Médicas de Ingreso y Licencia en S.O

A todo el personal de obra se le realizó los exámenes médicos ocupacionales en la I.P.S SOINT LTDA. Que cuenta con licencia de prestación de servicios de seguridad y salud en el trabajo mediante la Resolución 0241 de 2019 emitida por la secretaría de salud de la Gobernación de Córdoba.

Ver ANEXO. EVALUACIONES MÉDICAS DE INGRESO

Ver ANEXO. LICENCIA EN S.O

5.12. Diagnóstico de Condiciones de Salud

Después de realizar las evaluaciones médicas de ingreso se está a la espera el diagnostico de condiciones de salud para identificar las principales afecciones que presenta la población trabajadora de la obra y poder encaminar los programas de medicina preventiva y del trabajo.

5.13. Manejo Accidentalidad y Ausentismo por Causa Medica

5.13.1. Registros de Accidentes

Durante el período de este informe no se presentaron accidentes en la ejecución de las actividades de obra.

5.13.2. Ausentismo por Causa Medica

Durante el período de este informe no se presentaron casos de ausentismo por causas médicas.

5.13.3. Indicadores Accidentalidad Resolución 0312 de 2019

De acuerdo con la resolución 0312 de 2019, se registran los indicadores obligatorios en materia de SST.

Ver ANEXO. INDICADORES SST

5.14. Entrega De Dotación Y Elementos De Protección Personal

En el periodo de este informe se le hace entrega a todo el personal nuevo la dotación que consta de camisa manga larga, jeans y botas de seguridad.

De igual forma se hacen entrega de los elementos de protección personal a cada uno de los trabajadores de acuerdo con el riesgo al que se encuentre expuesto, los EPP entregados son: cascos, guantes tipo ingeniero, tapabocas, protectores auditivos, gafas de seguridad.

VER ANEXO ENTREGA DE EPP

5.15. Inspecciones Planeadas

En el periodo de este informe se realizaron las siguientes inspecciones planeadas de acuerdo con lo establecido en el Plan SST:

- ✓ Inspección de EPP
- ✓ Inspección de extintor
- ✓ Inspección de Botiquín

Ver ANEXO. INSPECCIONES PLANEADAS

5.16. Reporte de Actos y Condiciones Inseguras

Se realiza seguimiento a las condiciones y actos inseguros detectadas por el personal SISOMA y se intervienen inmediatamente. No se han realizado reportes de condiciones y actos inseguros en obra

5.17. Permisos De Trabajo

Durante este período no se realizaron tareas de alto riesgo donde se requieran permisos de trabajo, sin embargo, se realizan preoperacionales para el uso de sierra circular, motobomba, vibrador de concreto, vibro compactador manual y retroexcavadora.

Ver ANEXO. PREOPERACIONALES DE OBRA

5.18. Prevención, Preparación Y Respuesta A Emergencias

Para dar respuesta ante una posible emergencia, se cuenta en obra con equipos de respuesta a emergencias como: extintor, camilla y botiquín de primeros auxilios. Sus respectivas inspecciones se pueden verificar en el ANEXO INSPECCIONES PLANEADAS.

5.19. Herramientas, Volquetas, Máquinas y Equipos

En el desarrollo de las actividades de obra se utilizaron los siguientes equipos:

NOMBRE	CANTIDAD	TIPO
Volqueta doble troque	3	Volqueta
Retroexcavadora	1	Maquina
Vibro compactador tipo rana	1	Equipo

Moto bomba	1	Equipo
Pulidora 7"	1	Herramienta
Picos	4	Herramienta
Palas	8	Herramienta
Barras	6	Herramienta
Almadanas	4	Herramienta

Se realizó inspección de los equipos en obra. En el periodo evaluado no se registraron fugas ni imperfecciones mecánicas, ni fugas de combustibles y/o aceites.

VER ANEXO INSPECCION DE EQUIPOS Y HERRAMIENTAS MENORES

VER ANEXO INSPECCION DE RETROEXCAVADORA

5.20. Seguimiento a Maquinarias y Vehículos

Los vehículos utilizados en obra son volquetas de placas, las cuales ingresan el material seleccionado y retiran el material de escombro y excavaciones. También se cuenta con una retroexcavadora marca con extensiones de oruga y brazo excavador.

Se anexan documentos de estos vehículos

Ver ANEXO. DOCUMENTOS DE MAQUINARIAS Y VEHICULOS.

5.21. Señalización Y Demarcación De Obra

Se instalaron las señalizaciones de obra necesarias en toda la zona de acción del proyecto. Las señales instaladas fueron.

- ✓ Trabajadores en la vía
- ✓ Maquinaria en la vía
- ✓ Paletero en la vía
- ✓ Desvío al carril izquierdo
- ✓ Desvío al carril derecho
- ✓ Inicio de obra

- ✓ Fin de obra
- ✓ Velocidad máxima 30Km/h

Ver. REGISTRO FOTOGRÁFICO.

5.22. Punto de Hidratación

Para la hidratación del personal de obra se cuenta con un termo plástico ubicado en obra.

5.23. Baños Resolución 2400 de 1979

La obra cuanta con un baño para uso del personal de obra ubicado en las instalaciones del campamento y un baño portátil en la obra

6 PLAN DE GESTIÓN AMBIENTAL

Para dar cumplimento al componente ambiental se establece el plan de trabajo de gestión ambiental.

6.1. Brigadas de Aseo

Se realizan de manera periódica jornadas de aseo en la obra, con el fin de mantener el orden y aseo en los diferentes frentes de obra. Ver imágenes.

	
Aseo de obra	Aseo de obra

6.2. Manejo de Residuos Sólidos Convencionales

Para el manejo de los residuos sólidos convencionales, se instaló un punto ecológico en obra con el fin de realizar una clasificación en la fuente de los residuos aprovechables y no aprovéchales. Estos residuos son puestos fuera de la obra para que sean dispuestos por el servicio de recolección de basuras del municipio de Montería.



6.3. Manejo y Disposición Final de Residuos de Construcción y Demolición

Todo el material generado producto de demoliciones y excavaciones en la ejecución del proyecto, está siendo aprovechado por habitantes de la ciudad y del proyecto para rellenos de patios y mejoramientos de vías. Para la entrega de este material se realiza la firma de un acta de entrega del material.

VER ANEXO ACTA DE ENTREGA DE MATERIAL

6.4. Gestión Del Recurso Hídrico-Manejo De Aguas

El agua utilizada en la obra es suministrada directamente de la tubería de acueducto municipal instalada en las instalaciones temporales alquiladas por el contratista. Estas instalaciones cuentan con contador de agua.

6.5. Manejo De Residuos Peligrosos

En este periodo no se han generados residuos peligrosos.

6.6. Instalaciones Temporales

Actualmente CORSORCIO INGENIO URBANO cuenta con una vivienda vecina a la obra bajo la modalidad de alquiler, en estas instalaciones se encuentran ubicadas las oficinas del personal profesional de obra, cuarto para el cambio de los trabajadores, baño, almacenamiento temporal de materiales y una cocina.

6.7. Manejo Integral de Materiales de Construcción

Todo el material seleccionado y usado en obra cuenta con los certificados de cantera. Se anexan certificados de cantera.

Todo el material que ingrese o salga en volquetas de la obra es cubierto y una vez el material está en obra este es cubierto con plástico negro como se observa a continuación. Ver imagen



también se cuenta con el suministro por parte de una cantera la cual cumple con los permisos ambientales

VER ANEXO LICENCIA AMBIENTAL DE LA CANTERA

7 COMPONENTE SOCIAL

7.1. P.Q.R.S.

Durante el periodo comprendido en este informe no se presentaron quejas, reclamos o requerimientos por parte de la comunidad.

7.2. Punto de Atención al Ciudadano

Con el propósito de brindar los espacios de participación a la comunidad en general, el contratista ha puesto al servicio de ésta una Oficina de Atención al Ciudadano ubicada en el Almacén de obra, con horario de atención los días lunes a viernes de 7:00 a 5:00 p.m. en esta oficina se reciben las quejas y reclamos que puedan presentarse por parte de la comunidad, si se llegase a presentar alguna queja, reclamo o petición, por parte de algún ciudadano, el contratista bajo el acompañamiento del Ingeniero Residente le darán solución a lo interpuesto; dado el caso que la solución que se plantee no sea de satisfacción del que interponga la queja o reclamo esta pasara a interventoría.

7.3. Socialización del Proyecto – Conformación de veeduría

El 11 abril del presente año se creó la veeduría para el proyecto y se realizó la Socialización.

Ver ANEXO. ACTA DE CONFORMACIÓN DE LA VEEDURÍA

7.4. CONTRATACIÓN DE PERSONAL ZONA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO

Para darle cumplimiento a este proyecto el CONSORCIO INGENIO URBANO, ha vinculado mano de obra no calificada a personas del área de influencia sin embargo es preciso resaltar que la ejecución de las actividades que se vienen desarrollando construcción requiere de mano de obra especializada, ya que la obra debe tener acabados buenos que garanticen la estabilidad de la misma, el personal que se contrata son ayudantes que tengan conocimientos en obras civiles.

8. REGISTRO FOTOGRÁFICO PGIO

	
Uso de elementos de protección personal	Señalización y gestión de tráfico vehicular en la calle 44

	
Acopio de materiales de obra	Punto de hidratación
	
Camilla	Extintor
	
Señalización de obra	Señalización de obra

5729

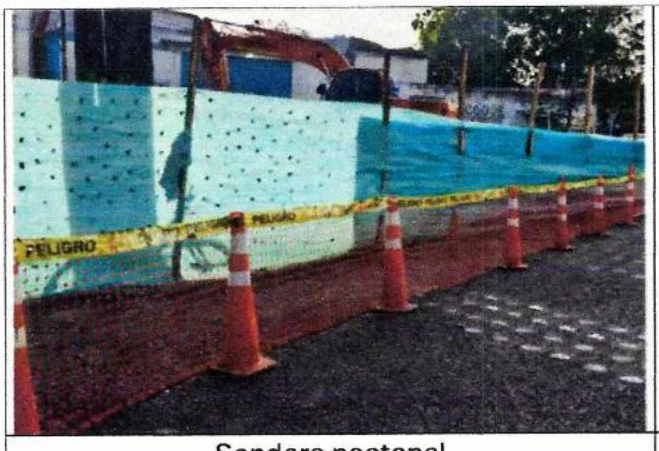
CONSORCIO INGENIO URBANO	**INFORME N°1** **PLAN DE GESTION INTEGRAL DE OBRA**	Alcaldía de **MONTERÍA**



Señalización de obra



Señalización de obra



Sendero peatonal



Baño portatil

LEONARDO VASQUEZ JIMENEZ

PROFESIONAL SISOMA

CONSORCIO INGENIO URBANO

COMPONENTE SST

5730

CONSORCIO INGENIO URBANO	**INFORME N°1** **PLAN DE GESTION INTEGRAL DE OBRA**	Alcaldía de **MONTERÍA**

POLITICA SST

CONSORCIO INGENIO URBANO	SG-SST	
	CONSORCIO INGENIO URBANO	Codigo: PGIO-POL-001
		Version: 01
	POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Fecha: 12-06-2025

POLITICA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Con el fin de proteger a sus trabajadores **Consorcio INGENIO URBANO**, identifica peligros, evalúa sus riesgos e implementa controles en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo dentro del proceso de mejoramiento continuo, y se compromete a

- Asumir el liderazgo, responsabilidad y aplicación del Sistema de Gestión en Seguridad y Salud en el Trabajo a través de sus directivas, suministrando los recursos humanos, económicos, físicos y tecnológicos para prevenir la ocurrencia de accidentes y enfermedades laborales en sus trabajadores y visitantes.

- Cumplir con la normatividad vigente colombiana y con las otras obligaciones que voluntariamente haya asumido en temas relacionados con Seguridad y Salud en el Trabajo, aplicando sus propios estándares cuando no exista legislación al respecto.

- Promover una cultura de Seguridad y Salud en el Trabajo orientado a los trabajadores, mediante el desarrollo de planes de formación, entrenamiento y capacitación.

- Hacer vigilancia en el cumplimento de los requisitos legales SST, del contratista Consorcio Biblioteca UC 2022

Con la implementación de la presente Política de Seguridad y Salud en el Trabajo, se evidencia el compromiso del consorcio **INGENIO URBANO** Por proveer un ambiente sano y seguro de trabajo. Esta política se aprueba en la ciudad de Montería el día 12/06/2025

Representante Legal

POLITICA AMBIENTAL

CONSORCIO INGENIO URBANO	SG-SST	Código: PGIO-POL-002
	CONSORCIO INGENIO URBANO	
	POLITICA AMBIENTAL	Versión: 01
		Fecha: 12/08/2025

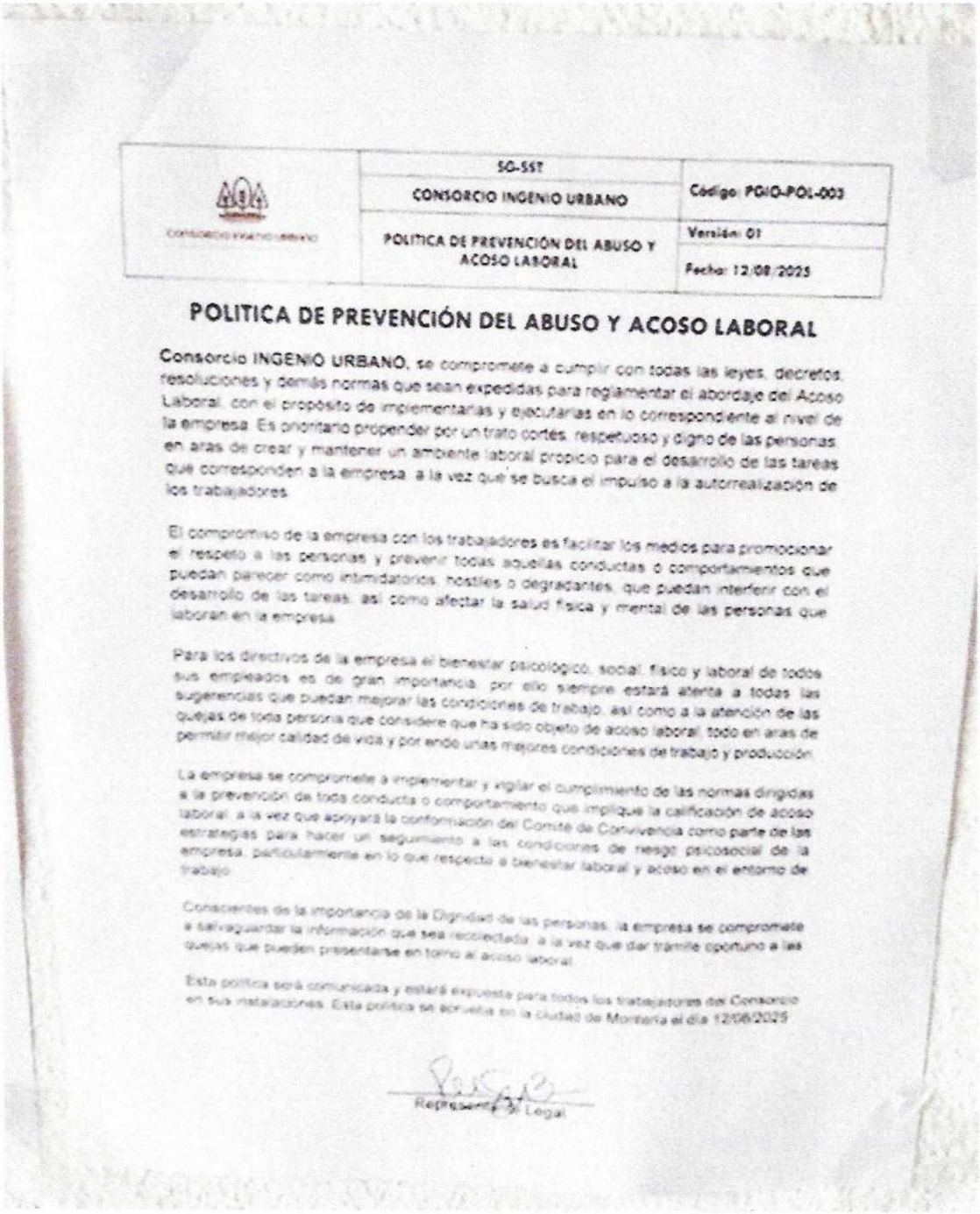
POLÍTICA AMBIENTAL

El Consorcio INGENIO URBANO, conforme al compromiso hacia el Ambiente, parte de la premisa de absoluto RESPETO AL AMBIENTE en el desarrollo de todas sus actividades. Para llevar a cabo su Política ambiental, atiende no sólo a las necesidades del presente, sino que prevé, en la medida de lo posible, las que en el futuro el Ambiente y la Sociedad en su conjunto van a requerir. En consecuencia, tanto la Política como las estrategias y los objetivos derivados de ella son revisados anualmente a fin de adaptarlos a los nuevos requerimientos. Los principios básicos que rigen dicha Política ambiental son los siguientes:

- Optimizar el consumo de los recursos naturales y las materias primas.
- Aumentar la eficiencia energética y utilizar energéticos más limpios.
- Prevenir y minimizar la generación de cargas contaminantes.
- Prevenir, mitigar, corregir y compensar los impactos ambientales sobre la población y los ecosistemas.
- Adoptar tecnologías más limpias y prácticas de mejoramiento continuo de la gestión ambiental.
- Minimizar y aprovechar los residuos.

Representante Legal

POLITICA PREVENCION Y ACOSO LABORAL



CONSORCIO INGENIO URBANO	SG-SST CONSORCIO INGENIO URBANO	Código: PGIO-POL-003
	POLITICA DE PREVENCIÓN DEL ABUSO Y ACOSO LABORAL	Versión: 01 Fecha: 12/08/2025

POLITICA DE PREVENCIÓN DEL ABUSO Y ACOSO LABORAL

Consorcio INGENIO URBANO, se compromete a cumplir con todas las leyes, decretos, resoluciones y demás normas que sean expedidas para reglamentar el abordaje del Acoso Laboral, con el propósito de implementarlas y ejecutarlas en lo correspondiente al nivel de la empresa. Es prioritario propender por un trato cortés, respetuoso y digno de las personas, en aras de crear y mantener un ambiente laboral propicio para el desarrollo de las tareas que corresponden a la empresa, a la vez que se busca el impulso a la autorrealización de los trabajadores.

El compromiso de la empresa con los trabajadores es facilitar los medios para promocionar el respeto a las personas y prevenir todas aquellas conductas o comportamientos que puedan parecer como intimidatorios, hostiles o degradantes, que puedan interferir con el desarrollo de las tareas, así como afectar la salud física y mental de las personas que laboran en la empresa.

Para los directivos de la empresa el bienestar psicológico, social, físico y laboral de todos sus empleados es de gran importancia, por ello siempre estará atenta a todas las sugerencias que puedan mejorar las condiciones de trabajo, así como a la atención de las quejas de toda persona que considere que ha sido objeto de acoso laboral, todo en aras de permitir mejor calidad de vida y por ende unas mejores condiciones de trabajo y producción.

La empresa se compromete a implementar y vigilar el cumplimiento de las normas dirigidas a la prevención de toda conducta o comportamiento que implique la calificación de acoso laboral, a la vez que apoyará la conformación del Comité de Convivencia como parte de las estrategias para hacer un seguimiento a las condiciones de riesgo psicosocial de la empresa, particularmente en lo que respecta a bienestar laboral y acoso en el entorno de trabajo.

Conscientes de la importancia de la Dignidad de las personas, la empresa se compromete a salvaguardar la información que sea recolectada, a la vez que dar trámite oportuno a las quejas que puedan presentarse en torno al acoso laboral.

Esta política será comunicada y estará expuesta para todos los trabajadores del Consorcio en sus instalaciones. Esta política se aprueba en la ciudad de Montería el día 12/08/2025

Representante Legal

POLITICA Y ATENCION A EMERGENCIAS

CONSORCIO INGENIO URBANO	SG-SST	Código: PGIO-POL-005
	CONSORCIO INGENIO URBANO	
	POLITICA DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y ATENCION DE EMERGENCIAS	Versión: 01
		Fecha: 12/08/2025

POLITICA DEL PROGRAMA DE PREVENCION Y ATENCION DE EMERGENCIAS

Consorcio INGENIO URBANO, está comprometido en adelantar el plan para la detección, prevención, mitigación y control de emergencias, con el fin de evitar que las actividades desarrolladas ocasionen amenazas a la salud de los trabajadores, visitantes, contratistas o personas de la comunidad.

En cumplimiento de esta política se desarrollará en su totalidad la legislación aplicable, las políticas corporativas y los estándares de la industria.

Igualmente, se brindarán las condiciones y recursos necesarios para que la implementación del Programa de prevención y atención de emergencias se lleve a cabo con eficiencia y eficacia.

Representante Legal

POLITICA SEGURIDAD VIAL

	SG-SST	Código: PGIO-PGL-004
	CONSORCIO INGENIO URBANO	
	POLÍTICA DE SEGURIDAD VIAL	Versión: 01
		Fecha: 12/08/2025

POLÍTICA DE SEGURIDAD VIAL

INGENIO URBANO es Consorcio que tiene por compromiso preservar la vida humana y la continuidad de las operaciones, ha establecido la siguiente política de seguridad vial. La cual es de obligatorio cumplimiento para conductores propios y terceros, quienes deben seguir los lineamientos relacionados a continuación:

- Se debe ser cortes y respetar a otros conductores y usuarios de la vía.
- Se deben respetar los límites de velocidad establecidos por las autoridades. El límite máximo de velocidad para vehículos vacíos es de 70 Km/h y Cargados de 60 Km/h, para zonas rurales es de 30 Km/h, áreas de operación dentro de locaciones o bases de nuestros clientes 10 Km/h a no ser que la señalización vertical establezca límites de velocidad inferiores.
- El conducir bajo influencia de sustancias alcohólicas o alucinógenas es una condición de riesgo máximo para el mismo operador, para las demás personas del entorno y para el medio ambiente, por lo tanto, es una situación NO permitida dentro de la compañía que amerita el sanción o despido justificado.
- El uso del cinturón de seguridad debe hacerse en todo momento.
- Todo conductor debe comportarse de forma que no obstaculice, perjudique o ponga en riesgo a los demás y debe conocer y cumplir con las regulaciones, normas de tránsito y transporte terrestre vigente, especificaciones técnicas y al Programa de Seguridad Vial de la compañía.
- Todo conductor debe portar con la documentación requerida por las autoridades de tránsito y la empresa.
- Está prohibido el ingreso de acompañantes de cabina a las locaciones del cliente.
- Es responsabilidad del conductor hacer uso adecuado de la unidad de transporte y todos sus componentes, el equipo de carretera, los elementos de seguridad personal y demás elementos proporcionados por la empresa. Así como velar por las condiciones de conservación necesarias de los mismos.
- Previo al viaje el conductor debe realizar inspección pre-operacional al vehículo para garantizar la operatividad del mismo.
- Cuando se tenga conocimiento de situaciones de orden público que se puedan estar presentando se informará vía telefónica a Control Trafico y Jefe inmediato quienes darán la instrucción del caso.

POLITICA SUSTANCIAS SICOACTIVAS

	SG-SST	Código: PGIO-POL-006
	CONSORCIO INGENIO URBANO	
	POLITICA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS	Versión: 01
		Fecha: 12/08/2025

POLITICA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

Consorcio INGENIO URBANO, considera que la drogadicción, el alcoholismo y el tabaquismo y la farmacodependencia afectan los ambientes de trabajo, agravan los riesgos ocupacionales, atentan contra la salud y la seguridad, constituyéndose en amenaza para la integridad física y mental para la población trabajadora en general.

Para garantizar el cumplimiento de la Resolución 1075 de 1994, la Resolución 1956 de 2008 y demás normas reglamentarias con el fin de lograr un ambiente seguro y adecuado de trabajo es política de la empresa velar por el bienestar de sus trabajadores en este aspecto. Por este motivo, se adoptan las siguientes reglas.

- Prohibir el consumo de cigarrillo, alcohol y sustancias psicoactivas o drogas en las áreas de trabajo.
- Divulgar entre los colaboradores de la empresa el daño que produce en la salud el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas o drogas y tabaco.
- Prohibir que los trabajadores laboren en estado de embriaguez, o bajo los efectos de la resaca o guayabo o sustancias psicoactivas o drogas y estructurar un régimen de sanciones drásticas para quienes incumplan.
- Prohibir la posesión, consumo y venta de alcohol, cigarrillos y sustancias psicoactivas o drogas en las áreas de trabajo de la empresa.
- Estimular a los colaboradores afectados por el uso del tabaco, el uso de alcohol y sustancias psicoactivas o drogas a que participen en programas para su tratamiento.
- Velar por la activa participación de todos los trabajadores del Consorcio INGENIO URBANO en las actividades de prevención del uso de alcohol y sustancias psicoactivas o drogas.

La violación de esta política será sancionada según lo estipulado en el reglamento interno de trabajo.

Representante Legal

AFILIACIONES PERSONAL DE OBRA

CONSORCIO INGENIO URBANO

5736

Alcaldía de
MONTERÍA

FORMATOS DE SEGUIMIENTO DEL PLAN DE GESTIÓN INTEGRAL DE OBRA (PGIO)

FORMATO 14. SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Contrato No: LPSIM122025 Contratista: Consorcio Ingeniería Urbana Mes: Agosto

Control de Afiliaciones

Nombre empleado	Cargo	EPS	ARL
Andres Rivera Sanchez	Residente Obra	Sura EPS	Sura
Daniel Dueñas Chantaca	Esp Estructural	Nueva EPS	Sura
Viviana Daria Alvarez	Director Obra	Salud total	Sura
Rodrigo Perez Daria	Aux Residente	EPS Sanitas	Sura
William Berrocal Posada	Esp Hidraulico	Nueva EPS	Sura
Maria Periñan Tous	Ing Ambiental	Nueva EPS	Sura
Leonardo Vasquez Jimenez	Prof SiSoma	Nueva EPS	Sura
Luis Felipe Londoño G.	Almacenista	Sura EPS	Sura
Francisco Martinez Suarez	Contador	EPS Sanitas	Sura
Jose Chavez Fajardo	Vigilante	Coosalud	Sura
Lucia Contreras Daria	Vigilante	Salud total	Sura

Total: 11

Profesional SISOMA Interventoría

Profesional SISOMA de la Obra

5737

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1067898585	DUEÑAS CHANTACA DANIEL ARTURO	09/08/2025		M1892323	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522075502

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

538

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DANIEL ARTURO DUEÑAS CHANTACA identificado(a) con CC 1067898585 seencuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/10/2022
Estado de la Afiliación:	ACTIVO
IPS:	GESTAR SALUD DE COLOMBIA IPS S.A.S.
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de agosto del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

5739

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

DANIEL ARTURO DUEÑAS CHANTACA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.898.585**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

5990

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000002 - OFICINA, clase de riesgo 1, porcentaje de cotización 0.522%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1072262931	MARTINEZ SUAREZ FRANCISCO GABRIEL	09/08/2025		190A2011	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522057414

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

3791

mutualser
Atención sin tanta vuelta

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **FRANCISCO GABRIEL MARTINEZ SUAREZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1072262931** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ACCION SALUD PARA TODOS SAS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**16/02/2025**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 08 de agosto del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

5792

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800 144 331-3

CERTIFICA QUE:

FRANCISCO GABRIEL MARTINEZ SUAREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.072.262.931**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

5793

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C78750675	CHAVES FAJARDO JOSE DE LA CRUZ	09/08/2025		n18431p2	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522075502

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5799

COOSALUD

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC 78750675
Nombres:	JOSE DE LA CRUZ CHAVES FAJARDO
Tipo de afiliado:	Cotizante
Fecha de afiliación:	2022-02-01
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Contributivo
Nivel Sisben:	
Departamento - Municipio:	CORDOBA MONTERIA
Tipo de Servicio	IPS
IPS Atención	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIDASINU

OBSERVACIONES:
ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.
La anterior certifcación se expide y firma el 2025-08-08 a solicitud del interesado y es válida hasta el 2025-09-07

CARLOS TORRES SALAZAR
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO SUPERSALUD

5795

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE DE LA CRUZ CHAVEZ FAJARDO , identificado(a) con C.C No. 78.750.675 ,se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 8 de agosto del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

5796

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1067846090	VASQUEZ JIMENEZ LEONARDO FAVY	09/08/2025		13524938	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522075502

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5797

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) LEONARDO FAVY VASQUEZ JIMENEZ identificado(a) con CC 1067846090 seencuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/09/2024
Estado de la Afiliación.	ACTIVO
IPS:	GESTAR SALUD DE COLOMBIA IPS S.A.S.
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de agosto del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

5748

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **VASQUEZ JIMENEZ LEONARDO FAVY** identificado(a) con **CC** número **1.067.846.090** se encuentra afiliado (a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 08 de octubre de 2009 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 08 de agosto de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

5799

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1073810707	CONTRERAS DORIA LUCIO RAMON	09/08/2025		2205241K	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522075502

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5950

Bogotá, Agosto / 9 de 2025

Señor (a): LUCIO RAMON CONTRERAS DORIA
CC. 1073810707
CALLE 44 N 1B 1
MONTERIA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Abril / 1 de 2020, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

5751

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 900 224 808-8

CERTIFICA QUE:

LUCIO RAMON CONTRERAS DORIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.610.707**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

5752

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1067924339	LONDOÑO GOMEZ LUIS FELIPE	09/08/2025		168lw202	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522075502

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5753

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **LUIS FELIPE LONDOÑO GOMEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1067924339** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1067924339
NOMBRES Y APELLIDOS	LUIS FELIPE LONDOÑO GOMEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/02/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	115
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	44

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **08/08/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

5759

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) LUIS FELIPE LONDOÑO GOMEZ , identificado(a) con C.C No. 1.067.924.339, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 8 de agosto del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

5755

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1000588442	PERIÑAN TOUS MARIA ISABELLA	09/08/2025		38199199	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522075502

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5756

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA ISABEL PERIÑAN TOUS identificado(a) con CC 1000588442 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	01/11/2024
Estado de la Afiliación.	ACTIVO
IPS:	GESTAR SALUD DE COLOMBIA IPS S.A.S.
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de agosto del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

5757

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

MARIA ISABELLA PERIÑAN TOUS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.588.442**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

5758

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1067936343	PEREZ DORIA RODRIGO JOSE	09/08/2025		72362524	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522075502

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5759

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo

CE-001 - 0000000100 – 2025

CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1067897814
NOMBRES Y APELLIDOS	Pérez Doria, Rodrigo José
TIPO DE AFILIADO	Titular
TIPO DE TRABAJADOR	Dependiente
FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN	04/01/2024
ESTADO DE AFILIACIÓN	Vigente
ESTADO DE SERVICIO	Habilitado
REGIMEN	Contributivo

La presente se expide a nombre de Pérez Doria, Rodrigo José, a los 08 días del mes de agosto del año 2025.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Sarmiento

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas
Coordinador Gestión de la Afiliación

5760

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 810.024.603-6

CERTIFICA QUE:

RODRIGO JOSE PEREZ DORIA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.936.343**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 8 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

5761

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C30666500	DORIA ALVAREZ VIVIANA PATRICIA	09/08/2025		14019939	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522075502

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5762

Bogotá, Agosto / 9 de 2025

Señor (a): VIVIANA PATRICIA DORIA ALVAREZ
CC. 30666500
CR 13 63 85 ED TO REAL
MONTERIA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Septiembre / 1 de 2008, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

5763

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **DORIA ALVAREZ VIVIANA PATRICIA** identificado(a) con **CC** número **30.666.500** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de septiembre de 2021 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 08 de agosto de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

5769

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C10773480	BERROCAL POSADA WILLIAM MANUEL	09/08/2025		136h2472	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522075502

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5765

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) WILLIAM MANUEL BERROCAL POSADA identificado(a) con CC 10773480 seencuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	26/05/2017
Estado de la Afiliación.	ACTIVO
IPS:	U.T. SOLUCIONES INTEGRALES - MEDICINA INTEGRAL S.A. - TR1
Categoría:	A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 8 días del mes de agosto del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

5766

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 830 144 331-3

CERTIFICA QUE:

WILLIAM MANUEL BERROCAL POSADA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.773.460,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 6 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

5767

EPS | sura

ARL | sura

Medellín, 08 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a la SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSORCIO INGENIO URBANO, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL CORDOBA, clase de riesgo 5, porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1067897814	RIVERA SANCHEZ ANDRES CAMILO	09/08/2025		44s44b16	DEPENDIENTE	POR INICIAR COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872522075502

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5768

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1067897814** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1067897814
NOMBRES Y APELLIDOS	ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2023
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	79
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	44

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **08/08/2025**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

5769

porvenir
sólo hay uno

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

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-6

CERTIFICA QUE:

ANDRES CAMILO RIVERA SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.067.897.814**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 6 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

AFILIACIONES ARL EPS Y AFP

CONTRATISTA EDIFICAR

5770

ARL | sura

Medellín, 05 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C78747235	SALAZAR RODRIGUEZ UBALDER NEIL	06/08/2025		06117423	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872521730568

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/08/2025 08:29:28 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5771

SALUD TOTAL EPS S.A.
NIT. 800.130.907-4

CERTIFICA QUE:

El 05/08/2025, el empleador EDIFICAR CRR SAS identificado con NIT 900966920 registró la siguiente solicitud de novedad en nuestro portal transaccional:

Fecha de radicación	Tipo de solicitud
05/08/2025	Novedad de inicio relación laboral

DETALLE

No. Formulario	Tipo Documento	Documento	Nombre Cotizante	IBC	Tipo Cotizante	Fecha Inicio Relación Laboral
.5125150	CEDULA DE CIUDADANIA	78747235	UBALDER NEIL SALAZAR RODRIGUEZ	$ 1,423,500.00	Dependiente	06/08/2025

La Presente certificación se expide a solicitud del interesado a los 5 días del mes agosto del año 2025

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL

5772

Colfondos HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) UBALDER NEI SALAZAR RODRIGUEZ , identificado(a) con C.C No. 78.747.235, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 08 de agosto del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

5773

ARL | sura

Medellín, 04 de August de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000003 LA FRANCIA 3		Clase	5	Porcentaje Cotización	6.96 %
C1001590349	CORTES JULIO TEOBALDO	05/08/2025		22'zL92O	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/08/2025 20:24:53 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5779

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **TEOBALDO CORTES JULIO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1001590349** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**UT SALUD EN ACCION**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**04/08/2025**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 04 de agosto del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Atención sin tanta vuelta

5775

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

TEOBALDO CORTES JULIO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.590.349**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.**

La presente certificación se expide el 4 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

5776

ARL | sura

Medellín, 02 de Septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1067905703	RAMOS VEGA PEDRO JOSE	02/02/2025		126E6362	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872524539647

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/09/2025 11:00:47 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.152.238, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5777

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **PEDRO JOSE RAMOS VEGA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1067905703** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE.**

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**UT SALUD EN ACCION**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**19/07/2024**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de febrero del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Atención sin tanta vuelta

5778

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMOS VEGA PEDRO JOSE** identificado(a) con **CC** número **1.067.905.703** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 09 de julio de 2011 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de febrero de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

5779

ARL | sura

Medellín, 05 de August de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 OBRA CANAL ALAMEDAS		Clase:	5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1073814344	MARTINEZ GALEANO MAURICIO MANUEL	06/08/2025		3717592B	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/08/2025 08:26:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5780

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MAURICIO MANUEL MARTINEZ GALEANO identificado(a) con CC 1073814344 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**01/06/2025**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**UNION TEMPORAL ANDAR PLUS - ANDAR 20 DE JULIO**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 días del mes de agosto del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

5781

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MARTINEZ GALEANO MAURICIO MANUEL** identificado(a) con **CC** número **1.073.814.344** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 02 de junio de 2007 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

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

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de agosto de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

5782

ARL | sura

Medellín, 09 de Enero de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - ARIA LIVING APARTAMENTOS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1003590582	ARGUMEDO OVIEDO MAURICO JOSE	08/01/2025		13811B15	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872500981081

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 09/01/2025 22:31:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.166.85, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5783

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total...

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013923400	0|9|0|1|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
Primer apellido: ARGUMEDO	Segundo apellido: OVIEDO	Primer nombre: MAURICIO	Segundo nombre: JOSE

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	1003590582	Femenino ☒ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	2|6|0|1|2|0|0|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒	Categoria Discapacidad

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia			
Dirección: URB MONTE ROBLE CA 54	Telefono fijo	Telefono celular: 3117628111	Correo electronico: MAURICIO.ARGUMEDO@YAHOO.COM
Departamento: CORDOBA	Municipio/Distrito: MONTERIA	Localidad / comuna: COL	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia						52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU	VSSINUCENT - VSUODPERLA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
EDIFICAR CRR SAS	NIT	900966920	

59.Ubicación				
Dirección: CR 32A N 35 35	Telefono fijo o celular: 7910115	Correo electrónico: :CLAUANDRAPEREZ@HOTMAIL.COM	Departamento: CORDOBA	Municipio/distrito: MONTERIA

5789

No de Radicacion
4013923400

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [X] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [X] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15.Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	63.Sexo Identificación F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	64.Fecha de nacimiento
[ ]				

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad 0|7|0|1|2|0|2|5	67.Motivo de traslado Código: [ ]	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
71. [ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. [ ] Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
73. [ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. [ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
75. [ ] Autorización para que la EPS manoje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
76. [ ] Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
77. [ ] Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
78. [ ] Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
[ ]	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

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

Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [0]

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- [ ] 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- [ ] 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
[ ]	[ ]	

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

94. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
[ ]		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

5785

porvenir

sé tú hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

MAURICIO JOSE ARGUMEDO OVIEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.590.582**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Enero del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

5186

ARL | sura

Medellín, 04 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000003 - LA FRANCIA 3, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Codigo de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C78026764	FUENTES MADERA LUIS ROBERTO	05/08/2025		16821722	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872521673570

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 04/08/2025 20:26:10 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5781

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total...

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4013907151	01/01/01/2/01/2/15

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

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
FUENTES (Primer apellido)	MADERA (Segundo apellido)	LUIS (Primer nombre)	ROBERTO (Segundo nombre)

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	78026764	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento			15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	3/0/0/5/1/9/7/4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐	No ☒
		Categoria Discapacidad		

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		1423500	

26.Residencia			
CL 3 CR 5 RETIRO DE LOS INDIOS (Dirección)	Telefono fijo	3007023570 (Telefono celular)	LUISFUENTESMADERA@YAHOO.COM (Correo electronico)

CORDOBA (Departamento)	MONTERIA (Municipio/Distrito)	57 (Localidad / comuna)	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbano centro poblado ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

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

35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificacion SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU	VSSINUCENT - VSUODPERLA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
EDIFICAR CRR SAS	NIT	900966920	

59.Ubicación				
CR 32A N 35 35 (Dirección)	7910115 (Teléfono fijo o celular)	;CLAUANDRAPEREZ@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	CORDOBA (Departamento)	MONTERIA (Municipio/Distrito)

5788

No de Radicacion
4013907151

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [X] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripcion en la EPS. Código:
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero: Código:
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [X] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [X] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Regimen Subsidiado
- [ ] 15. Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17. Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

65. EPS anterior	66. Fecha de Novedad	67. Motivo de traslado Código:	68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	01/10/2012/5		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
71. [ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. [ ] Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud.
73. [ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. [ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
75. [ ] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
76. [ ] Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
77. [ ] Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribucion Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
78. [ ] Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

82. [ ] Anexo Copia del documento de identidad: CN. [ ] RC. [ ] TI. [ ] CC. [ ] PA. [ ] CE. [ ] CD. [ ] SC. [ ] PT. [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [0]

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- [ ] 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- [ ] 88. Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución

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

94. Apellidos y Nombres: Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

5789

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **FUENTES MADERA LUIS ROBERTO** identificado(a) con **CC** número **78.026.764** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2007 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 80% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 20% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 04 de agosto de 2025.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

5790

ARL | sura

Medellín, 05 de August de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

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

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000005 OBRA CANAL ALAMEDAS			Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %
C1067846345	PALACIOS CABALLERO JULIO CESAR	06/08/2025		195174LY	DEPENDIENTE	POR INICIAR

null

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/08/2025 08:20:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5791

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JULIO CESAR PALACIOS CABALLERO identificado(a) con CC 1067846345 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**30/06/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**SUBSIDIADO-EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO VIDASINU**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 5 días del mes de agosto del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

5792

Colfondos HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JULIO CESAR PALACIOS CABALLERO, identificado(a) con C.C No. 1.067.846.345, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 15 de julio del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

5793

ARL | sura

Medellín, 07 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C10783789	CARABALLO PALOMINO JUAN CARLOS	08/08/2025		1J235186	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872521963357

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 07/08/2025 17:35:57 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5799

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JUAN CARLOS CARABALLO PALOMINO** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **10783789** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**ACCION SALUD PARA TODOS SAS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**16/02/2025**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 07 de agosto del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Atención sin tanta vuelta

5795

porvenir
sólo hay uno

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

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

CERTIFICA QUE:

JUAN CARLOS CARABALLO PALOMINO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **10.783.789**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Agosto del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

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

5796

ARL | sura

Medellín, 05 de Agosto de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C77096161	PAVA MARTINEZ JOSE MANUEL	06/08/2025		173R1263	DEPENDIENTE	POR INICIAR

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872521753102

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 05/08/2025 14:45:02 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.156.254, 192.230.104.5, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5797

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4015264943	0|5|0|8|2|0|2|5

I. DATOS DEL TRÁMITE

(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)

1.tipo de tramite: A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion: A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen: A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria: Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS): 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
Primer apellido: PAVA	Segundo apellido: MARTINEZ	Primer nombre: JOSE	Segundo nombre: MANUEL

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación	13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento	15.Fecha Nacimiento
CC	77096161	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	COLOMBIA	Pais: COLOMBIA Departamento: Municipio:	1|6|0|3|1|9|6|3

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
5	NINGUNA	Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN	21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A		1423500	

26.Residencia			
Dirección: MZ 17 LT 8 BRR CANTA CLARO	Telefono fijo:	Telefono celular: 3127684111	Correo electronico: JOSEMANUELPAVA@GMAIL.COM
Departamento: CORDOBA	Municipio/Distrito: MONTERIA	Localidad / comuna: 57	zona: Urbana cabecera municipal ☐ Urbana centro poblado ☐ Rural dispersa ☐ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

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

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento	34.Fecha Nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual		Pais: Departamento: Municipio:	

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

	35. Apellidos y nombres			
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia						52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/Distrito	Zona: Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural	Teléfono Fijo y/o celular
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

	Direccion	Localidad/Comuna	Correo Electronico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS UAB SINU CENTRO - VS UOD PERLA DEL SINU	VSSINUCENT - VSUODPERLA
B	-	-
B	-	-
B	-	-

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

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
EDIFICAR CRR SAS	NIT	900966920	

59.Ubicación				
Dirección: CR 32A N 35 35	Teléfono fijo o celular: 7910115	Correo electrónico: ;CLAUANDRAPEREZ@HOTMAIL.COM	Departamento: CORDOBA	Municipio/distrito: MONTERIA

5798

No de Radicacion
4015264943

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación datos básicos de identificación
- [ ] 2. Corrección datos básicos de identificación
- [ ] 3. Actualización documento de identidad
- [ ] 4. Actualización y/o corrección datos complementarios
- [ ] 5. Terminación de la inscripcion en la EPS.
  Código: [ ]
- [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero; Código: [ ]
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- [ ] 10. Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país.
- [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 14. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 15.Traslado: [ ] A. Mismo régimen [ ] B. Diferente régimen
- [ ] 16. Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- [ ] 17.Reporte del tramite de protección al cesante
- [ ] 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- [ ] 19. Reporte de la calidad del pensionado
- [ ] 20. Ingreso a contribución solidaria
- [ ] 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico Femenino [ ] Masculino [ ]	63.Sexo identificación F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	64.Fecha de nacimiento
[ ]				

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|6|0|8|2|0|2|5	[ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. [ ] Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
70. [ ] Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo,Especial o de Excepción.
71. [ ] Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
72. [ ] Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
73. [ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. [ ] Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
75. [ ] Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
76. [ ] Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
77. [ ] Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
78. [ ] Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

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

Apellidos y nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
[ ]	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X.ANEXOS

82.Anexo Copia del documento de Identidad: CN. [ ] RC. [ ] TI. [ ] CC. [ ] PA. [ ] CE. [ ] CD. [ ] SC. [ ] PT. [ ]
Cantidad: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] Total: [0]

- [ ] 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 84. Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- [ ] 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- [ ] 86. Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- [ ] 87.Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- [ ] 88.Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- [ ] 89.Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- [ ] 90.Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 91.Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

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

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
[ ]	[ ]	

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

94. Apellidos y Nombres Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
[ ]		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capitulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

5799

Colfondos
HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) JOSE MANUEL PAVA MARTINEZ, identificado(a) con C.C No. 77.096.161, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 08 de agosto del 2025.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.

Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

5800

ARL | sura

Medellín, 02 de Septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de EDIFICAR CRR SAS, en el centro de trabajo 0000000005 - OBRA CANAL ALAMEDAS, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio cobertura	Fecha fin cobertura	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C15646850	CONTRERAS MARTINEZ JORGE LUIS	07/01/2025		253U1492	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C509358872524539642

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

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

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 02/09/2025 11:00:42 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 191.108.152.238, 192.230.104.3, 172.16.42.57

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

5801

CERTIFICA QUE

El (La) Señor(a) **JORGE LUIS CONTRERAS MARTINEZ** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **15646850** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **COTIZANTE**.

Estado Afiliado:	**Activo**
IPS de atención:	**MEDISINU IPS SAS**
Categoría:	**A**
Fecha afiliación:	**30/10/2024**
Régimen:	**Contributivo**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) a **QUIEN INTERESE** , el 02 de septiembre del 2025. Esta es el Reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web: www.mutualser.org
- Línea permanente 24 Horas 018000116882 o #603

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.com
MUTUAL SER EPS

Atención sin tanta vuelta