

# PROTECCION INTEGRAL IPS SAS

Nit. 900668559 - 7

Dirección: CALLE 15 # 22 - 34 - BARRIO EL CIELO

Tel: 311 810 3223 - 037 888 6566

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD INGRESO

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

### DATOS DEL PACIENTE

Fecha **04/03/2024 06:59:00** Empresa **SERVIASEO**

Nombre **ISAI OSORIO CORDERO**

Cargo **OBRERO**

Doc. Identidad **CC 96125437**



### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

|                                                              |   |   |
|--------------------------------------------------------------|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 2 | 3 |
| 4                                                            | 5 | 6 |
| 7                                                            | 8 | 9 |

### CONCEPTO

Elegible para el cargo SIN recomendaciones laborales

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ELEGIBLE PARA EL CARGO DE OBRERO, SIN RESTRICCIONES LABORALES. DEBE SEGUIR BUENAS PRACTICAS DE HIGIENE POSTURAL, DAR USO A ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL RIESGO Y PROCUAR EL AUTOCUIDADO. ,SE SUGIERE MANEJO SEGURO A HERRAMIENTA Y EQUIPOS DE OPERACION MANUAL,SE INDICA CONTROL DE PESO CORPORAL

### RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA.

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☒ Otros ☐

### REMISIÓN

SI ☐ NO ☒ ARL

SI ☐ NO ☐ EPS

SI ☐ NO ☐

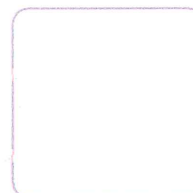
Los resultados fueron consignados en una historia clínica ocupacional que reposará en nuestra IPS.

OSCAR HUMBERTO RANGEL RINCON  
Especialidad: ESPECIALISTA EN GERENCIA EN  
SALUD OCUPACIONAL  
CC: 9738293 RM: 811006/2022

Isai Osorio

Trabajador: ISAI OSORIO CORDERO  
CC: 96125437

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica



ODONTO-MEDICINA SERVIR  
CENTRO DE RECONOCIMIENTO DE CONDUCTORES LIMITADA

NIT. 900.131.834-2  
Calle 28 # 20A - 26 Barrio Jardín

Cel. 3209522791 - Tel. 097 8891396 - E-mail: jlgomez118@gmail.com



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 10.820

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |             |                             | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                                                       |  |                                         |  |                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| 29<br>DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 12<br>MES | 2023<br>AÑO | SARAVENA (ARAUCA, COLOMBIA) | CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL INGRESO                                                |  |                                         |  |                             |  |
| Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| PARTICULARES CONTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |             |                             | PARTICULARES                                                                            |  |                                         |  |                             |  |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |             |                             | Empresa en misión                                                                       |  |                                         |  |                             |  |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| ARIZA BERNAL ALBEIRO ALEXIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |                             | Genero                                                                                  |  | Edad                                    |  | Documento de Identificación |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                             | MASCULINO                                                                               |  | 23 AÑOS 8 MESES<br>0 DÍAS               |  | CC 1007191107               |  |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |                             | Tipo                                                                                    |  | Número                                  |  |                             |  |
| Cargo<br>OFICIOS VARIOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL<br>SIN DEFECTO FÍSICO NI ENFERMEDAD QUE INTERFIERA SU CAPACIDAD LABORAL PARA LA LABOR ASIGNADA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| Observaciones: NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |                             | NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |  |                                         |  |                             |  |
| RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |             |                             | TIPO                                                                                    |  | RECOMENDACIONES                         |  |                             |  |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             |                             | NO APLICA                                                                               |  | NO APLICA                               |  |                             |  |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |           |             |                             | ✓                                                                                       |  | EXAMEN MEDICO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR |  |                             |  |
| SEROLOGÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           |             |                             | ✓                                                                                       |  |                                         |  |                             |  |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |             |                             | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES                                                           |  | HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES     |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                             | USO DE EPP                                                                              |  | HABITOS SALUDABLES                      |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                             | PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL                                                       |  | FORTALECIMIENTO MUSCULAR                |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                             | CAPACITACIÓN : MANEJO ADECUADO DE CARGAS                                                |  | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA               |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                             |                                                                                         |  | HACER DEPORTE                           |  |                             |  |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| ESTABLECER PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD SEGÚN PUESTO DE TRABAJO. CUMPLIR LAS SIGUIENTES MEDIDAS DE AUTO CUIDADO: USO DE TAPABOCAS, LAVADO DE MANOS C/3 HORAS O SEGÚN NECESIDAD, HIDRATACIÓN PERIÓDICA, NO COMPARTIR ALIMENTOS O ELEMENTOS PERSONALES, EVITAR LUGARES CON AGLOMERACIÓN DE PERSONAS. SI LLEGA A PRESENTAR TOS PERSISTENTE, FIEBRE O DIFICULTAD RESPIRATORIA, DOLORS ARTICULARES, LESIONES EN PIEL CONSULTAR AL SERVICIO MÉDICO DE SU EPS Y AVISAR A SU JEFE INMEDIATO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |             |                             | Aspirante o Trabajador                                                                  |  |                                         |  |                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             |                             |                                                                                         |  |                                         |  |                             |  |
| Firma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |             |                             | Firma:                                                                                  |  |                                         |  |                             |  |
| Nombre: GOMEZ ECHEVERRIA JORGE LUIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |                             | Nombre: ARIZA BERNAL ALBEIRO ALEXIS                                                     |  |                                         |  |                             |  |
| R. M.: CMC2017-22576 L.S.O.: 81-1217                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |             |                             | Código de Seguridad B678H1N10820                                                        |  |                                         |  | CC: 1007191107              |  |



Impreso con MedSystem  
CARRERA 11 # 15 - 52 BARRIO 20 DE JULIO, Tame, Arauca  
Tel: 312 3047448  
CG: 900132686

## Certificado de Aptitud Laboral

900132686 - Pacientes Particulares - Lasar Asociados SAS

Paciente **SANDRA PATRICIA BERNAL CANDIL**  
CC 40272036  
Edad 51 años y 1 mes  
Ocupación OPERARIO DE ASEO Y CAFETERÍA  
Examen Ingreso  
vie., 29 de dic. 2023  
Osteomuscular



## Servicios realizados

 Ocupacional

## Pruebas de Laboratorio

SEROLOGIA TIPO II

## Concepto

### Tipo de Concepto

Sin restricción para el cargo

Énfasis del examen: Osteomuscular

Generación: vie., 29 de dic. 2023

### Observaciones y/o recomendaciones

SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SE VALORAN LBS ( SEROLOGIA )  
RECOMENDACIONES MEDICAS

- \*remisión a eps: SI
- \*continuar tratamiento medico: no
- \*atención por ARL: no
- \*NUTRICION

### RECOMENDACIONES LABORALES:

- \*uso de EPP de acuerdo al cargo
- \*osteomuscular: pausas activas, ejercicio de estiramiento y posturas adecuadas
- \*visual: educación e higiene visual, uso de protección visual según tipo de exposición, adecuada iluminación el puesto de trabajo, pausa activa visual
- \*calistenia al día
- \* manejo seguro de cargas
- \*Evitar levantar mas de 12.5kg

### MANEJO POR EPS:

Control de promoción y mantenimiento de la salud por eps

### HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE:

- \* dieta control de peso
- \*ejercicio regular 3 veces /semana

### PVE: METABOLICO

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de

29/12/23, 14:12

@MedSystem



**SANDRA PATRICIA  
BERNAL CANDIL**

CC: 40272036

**OPERARIO DE ASEO Y CAFETERÍA de Pacientes Particulares - Lasar Asociados SAS**  
Mujer de 51 años

**INGRESO**

ENTRADA

Ingreso: 7:14 am

8 11  
12 13

## SEROLOGIA TIPO II

**Resultado**

**Referencia**

**NEGATIVO**

**Tipo de Muestra**

**Técnica Utilizada**

- Sin definir -

- Sin definir -

**Observaciones**

*Zulma Lucero Sarmiento Ruiz*

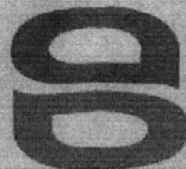
**ZULMA LUCERO SARMIENTO RUIZ**

CC: 51882965

BACTERIOLOGA

RES: 10 - 465





# BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5

Calle 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL 3208393435

BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co



Nombre Paciente: Yarlit Bolaños Aldana

Identificación

68293475

Código Único Paciente:

11572

Empresa:

\*\*PARTICULAR\*\*

Fecha Nacimiento:

10/04/1974

Dirección:

CLL 7 SUR MZ 16 CASA 2 BRISAS DEL LLANO

Página 1 de 1

| Ingreso Nro. | Sexo:    | Edad:                     | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad:                        | Fecha Consulta      |
|--------------|----------|---------------------------|---------------|------------------|--------------------------------|---------------------|
| 39602        | Femenino | 49                        | Años          | Union Libre      | 10 - 11 (Media Técnica) ARAUCA | 29/12/2023 14:56:29 |
| Objetivo:    | Ingreso  | E.P.S.:                   | NUEVA EPS     | A.R.L.:          | Cargo:                         | OPERARIO DE ASEO    |
| Contrato:    |          | Clasificación del Riesgo: |               | Estrato:         | [1] - Bajo Bajo                |                     |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclicnicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resul

### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

### TRABAJOS ESPECIALES:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulación de Alimentos |  |

### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoración por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                          |                     |                          |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|

## PREVENCIÓN EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

☒ Auditivo ☒ Visual ☐ CardioVascular ☒ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatología ☐ Otros

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

## DESCRIPCIÓN RESULTADOS DEL CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo.

## RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilización EPP, SEGUN I.M.C.: Ejercicio Regular. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Psicolaboral, Riesgo Biomecánico

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclicnico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclicnico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclicnico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

*[Firma]*

29/12/2023 14:56:29

Vladimir Estrada - C.C. 19183874 / RM. Médico Epidemiólogo S.O.  
Lic 81.766

29/12/2023 14:56:46

Generado por: SOMI - TERRASOFT  
Nit: 900232628-5 - www.terrasoft.co

*[Firma]*

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Índice Derecho





**BIOANALISIS IPS E.U.**  
**CUIDAMOS TU VIDA**  
**Nit: 900.232.628-5**



|                               |                |                                            |
|-------------------------------|----------------|--------------------------------------------|
| Nombre: YARLIT BOLAÑOS ALDANA | SID : 95075    | Fecha de Recepcion: 28/12/2023 15:24:32    |
| No. Identificacion: 68293475  |                | Fecha de Impresion: 29/12/2023 03:15:24 pm |
| Edad: 49 Años                 | Sexo: Femenino | Entidad: **PARTICULAR**                    |
| Nro. Ordenamiento: 134614     |                | Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA           |

| Examen                                             | Resultado           | Unidad Medida | Valor Biologico de Referencia |
|----------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------|
| 1. BHCg CUALITATIVA<br>Metodo: Inmunocromatografia | NEGATIVO A LA FECHA |               |                               |

*Eliseo*  
Validado: JAMER ELISEO  
BACTERIOLOGO - R.M 1118792078

CL 15 13 08  
8854450Resolución de facturación POS DIAN N° 18764055869012 desde el  
FVR25001 hasta la FVR35000 con vigencia desde el  
11/09/2023 hasta el 11/09/2024

Nit:900232628-5

Regimen. RÉGIMEN ORDINARIO

Autorización por computador

|                |            |        |                       |                                    |                           |
|----------------|------------|--------|-----------------------|------------------------------------|---------------------------|
| CC             | 68293475   | Nombre | Yarlit Bolaños Aldana | Fecha                              | 28/12/2023 16:27:00       |
| Tel            | 3202136011 | Direcc | CL 7 SUR MZ 16 CA 2   | Edad                               | 49 años, 8 meses, 18 días |
| Practicado Por |            |        | LABORATORIO           | Entidad Administradora: PARTICULAR |                           |

| Codigo    | Concepto                                                    | Cant | Valor  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------|--------|
| 890262-10 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 1 00 | 36,000 |
| 904508-1  | BHCG CUALITATIVA O SEROLOGIA II                             | 1 00 | 17,000 |

www.avances.com.co

Son CINCUENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

Tipo de pago: EFECTIVO \$53000

|               |        |
|---------------|--------|
| Subtotal \$   | 53,000 |
| Iva \$        | 0      |
| Dcto \$       | 0      |
| Valor Neto \$ | 53,000 |

## Observaciones:

CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS EU, A PARTIR DEL 24/05/2022 ES BENEFICIARIA DEL  
RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL - ZESE. ART 268 LEY 1955/2019 Y EL DEC. 2112 DEL 24/11/2019, POR TAL RAZÓN  
ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE.

FAVOR GIRAR CHEQUE A NOMBRE DE CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS E U. O CONSIGNAR EN LAS CUENTAS  
CORRIENTES No. 215-003355-68 BANCO CAJA SOCIAL - o - No. 064017205  
BANCO BBVA, ENVIAR REPORTE DE PAGO AL CORREO contabilidad@bioanalisis.com.co

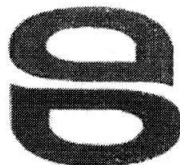
DVERA

Elaboró

Firma

Factura impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

CENTRO MEDICO  
BIOANALISIS IPS  
28-11-2023  
RECIBIDO: Bmb ven

**BIOANALISIS IPS E.U.**

Nit: 900232628-5

Cile 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL.3208393435  
BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co**Nombre Paciente:** Maria Estela Camacho Mojica**Empresa:** \*\*PARTICULAR\*\***Direccion:** CL 7A SAN CARLOS 11-44**Identificacion**

68296147

**Codigo Unico Paciente:**

16016

**Fecha Nacimiento:**

11/09/1980

Pagina 1 de 1

| Ingreso Nro.     | Sexo:    | Edad:                            | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad:                        | Fecha Consulta      |
|------------------|----------|----------------------------------|---------------|------------------|--------------------------------|---------------------|
| 39594            | Femenino | 43                               | Años          | Soltero          | 10 - 11 (Media Tecnica) ARAUCA | 29/12/2023 10:41:05 |
| <b>Objetivo:</b> | Ingreso  | <b>E.P.S.:</b>                   | NUEVA EPS     | <b>A.R.L.:</b>   | <b>Cargo:</b>                  | OPERARIO DE ASEO    |
| <b>Contrato:</b> |          | <b>Clasificacion del Riesgo:</b> |               | <b>Estrato:</b>  | [1] - Bajo Bajo                |                     |

**CONCEPTO DE APTITUD LABORAL**

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

**CONCEPTO INGRESO:**

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

**TRABAJO ESPECIALES:**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulación de Alimentos |  |

**CONCEPTO EGRESO:**

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoración por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                          |                     |                          |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|

**PREVENCIÓN EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**☒ Auditivo ☒ Visual ☒ CardioVascular ☒ Respiratorio ☒ Ergonomico ☒ Dermatologia ☐ Otros**SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES Y/O PROCEDIMIENTOS**

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

**DESCRIPCIÓN RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

Apto para el cargo..

**RESTRICCIONES**

Ninguna para el Cargo

**RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

GENERALES: Higiene Postural, Utilización EPP. SEGUN I.M.C.: Ejercicio Regular. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Psicolaboral, Riesgo Biomecanico.

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(ella) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paradiánico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Maria Camacho



Fe Dec: 2023/12/29/23 10:41:05

Vladimir Estrada - C.C. 19193874 / RM. Médico Especialista S.O.  
Lic 81 766

29/12/2023 10:41:20

Generado por SGMI TERRASOFT.  
NIT: 74814574 9. www.terrasoft.co

Fe Dec: 2023/12/29/23 10:41:05

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Índice Derecho



CL 15 13 08

8854450

Nit:900232628-5

Regimen. RÉGIMEN ORDINARIO

Autorización por computador

CC : 68296147

Nombre : MARIA ESTELA CAMACHO MOJICA

Fecha 28/12/2023 15:07:00

Tel : 3228945186

Direcc : CL 7 A 11 44

Edad: 43 años, 3 meses, 17 días

Practicado Por: MEDICINA OCUPACIONAL

Entidad Administradora: PARTICULAR

| Codigo    | Concepto                                                    | Cant | Valor  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------|--------|
| 890262-10 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 1.00 | 36,000 |
| 904508-1  | BHCG CUALITATIVA O SEROLOGIA II                             | 1.00 | 17,000 |

www.avances.com.co

Son: CINCUENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

Tipo de pago: EFECTIVO \$53000

|               |        |
|---------------|--------|
| Subtotal \$   | 53,000 |
| Iva \$        | 0      |
| Dcto \$       | 0      |
| Valor Neto \$ | 53,000 |

DVERA

Elaboró

Firma

Factura Impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

CENTRO MEDICO  
BIOANALISIS IPS  
CANCELADO  
FECHA: 28-12-2023  
RECIBIDO: Bonm ver.



**BIOANALISIS IPS E.U.**  
**CUIDAMOS TU VIDA**  
**Nit: 900.232.628-5**



Nombre: MARIA ESTELLA CAMACHO MOGICA SID : 95071  
No. Identificacion: 68296147  
Edad: 43 Años Sexo: Femenino  
Nro. Ordenamiento: 134609

Fecha de Recepcion: 28/12/2023 15:00:54  
Fecha de Impresion: 29/12/2023 11:05:44 am  
Entidad: \*\*PARTICULAR\*\*  
Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

**Examen**

**Resultado**

**Unidad Medida**

**Valor Biologico de Referencia**

1. **BHCG CUALITATIVA**  
**Metodo: Inmunocromatografia**

**NEGATIVO A LA FECHA**

  
Valido J. ELISEO  
LABORATORIO DE  
BACTERIOLOGO - R.M 1116792078



## BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5

Calle 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL.3208393435  
BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co

Nombre Paciente: Leonardo Castaño Giraldo

Empresa: \*\*PARTICULAR\*\*

Dirección: CARRE35#14-70

Identificación

17584883

Código Único Paciente:

11457

Fecha Nacimiento:

25/03/1966

Página 1 de 1

| Ingreso Nro. | Sexo:     | Edad:                     | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad:         | Fecha Consulta            |
|--------------|-----------|---------------------------|---------------|------------------|-----------------|---------------------------|
| 39592        | Masculino | 57                        | Años          | Union Libre      | Tecnico         | ARAUCA                    |
| Objetivo:    | Ingreso   | E.P.S.:                   | NUEVA EPS     | A.R.L.:          | Cargo:          | OPERARIA DE MANTENIMIENTO |
| Contrato:    |           | Clasificación del Riesgo: |               | Estrato:         | [1] - Bajo Bajo |                           |

### CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

#### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

#### TRABAJOS ESPECIALES:

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Alturas                   |
| <input type="checkbox"/> | Espacios Confinados       |
| <input type="checkbox"/> | Manipulación de Alimentos |

#### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoración por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                          |                     |                          |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> | Continúa en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|

### PREVENCIÓN EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☒ CardioVascular ☐ Respiratorio ☒ Ergonómico ☐ Dermatología ☐ Otros

### SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

### DESCRIPCIÓN RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Clinicamente no Presenta Ninguna Alteración de la Salud.

### RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilización EPP. SEGUN I.M.C.: Ejercicio Regular. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Cardiovascular.

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Vladimir Estrada - C.C. 16183474 / RM: Médico Especialista B.O.  
Lic. 81706

28/12/2023 10:10:44

Generado por BOMI TERRASOFT.  
NIT. 74814574-8. www.bomisoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho



CL 15 13 08  
8854450Resolución de facturación POS DIAN N° 18764055869012 desde el  
FVR25001 hasta la FVR35000 con vigencia desde el  
11/09/2023 hasta el 11/09/2024

Nit:900232628-5

Regimen. RÉGIMEN ORDINARIO

Autorización por computador

|                                      |            |          |                                    |       |                          |
|--------------------------------------|------------|----------|------------------------------------|-------|--------------------------|
| CC :                                 | 17584883   | Nombre : | Leonardo Castaño Giraldo           | Fecha | 28/12/2023 16:13:00      |
| Tel :                                | 3146193901 | Direcc : | CR 35 14 70                        | Edad: | 57 años, 9 meses, 3 días |
| Practicado Por: MEDICINA OCUPACIONAL |            |          | Entidad Administradora: PARTICULAR |       |                          |

| Codigo    | Concepto                                                    | Cant | Valor  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------|--------|
| 890262-10 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 1.00 | 36,000 |

www.avances.com.co

Son: TREINTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE

Tipo de pago: EFECTIVO \$36000

|               |        |
|---------------|--------|
| Subtotal \$   | 36,000 |
| Iva \$        | 0      |
| Dcto \$       | 0      |
| Valor Neto \$ | 36,000 |

DVERA

Elaboró

Firma

Factura Impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

CENTRO MEDICO  
BIOANALISIS IPS  
RECIBIDO  
28-12-2023  
Ruth Vera



Impreso con MedSystem  
CARRERA 11 # 15 - 52 BARRIO 20 DE JULIO, Tame, Arauca  
Tel: 312 3047448  
CC: 900132686

## Certificado de Aptitud Laboral

900132686 - Pacientes Particulares - Lasar Asociados SAS

Paciente INGRITH YULIANA CASTELLANOS PAEZ  
CC 1122653785  
Edad 26 años y 6 meses  
Ocupación SERVICIOS GENERALES  
Examen Ingreso  
vie., 29 de dic. 2023  
Osteomuscular



## Servicios realizados

 Ocupacional

## Pruebas de Laboratorio

SEROLOGIA TIPO II

## Concepto

### Tipo de Concepto

Sin restricción para el cargo ▾

Énfasis del examen: Osteomuscular

Generación: vie., 29 de dic. 2023

### Observaciones y/o recomendaciones

SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR SE VALORAN LBS ( SEROLOGIA )  
RECOMENDACIONES MEDICAS

- \*remisión a eps: NO
- \*continuar tratamiento medico: no
- \*atención por ARL: no

### RECOMENDACIONES LABORALES:

- \*uso de EPP de acuerdo al cargo
- \*osteomuscular: pausas activas, ejercicio de estiramiento y posturas adecuadas
- \*visual: educación e higiene visual, uso de protección visual según tipo de exposición, adecuada iluminación el puesto de trabajo, pausa activa visual
- \*calistenia al día
- \* manejo seguro de cargas
- \*Evitar levantar mas de 12.5 kg

### MANEJO POR EPS:

Control de promoción y mantenimiento de la salud por eps

### HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE:

- \* dieta control de peso
- \*ejercicio regular 3 veces /semana

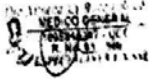
PVE: NO

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de

14:10

1122653785-INGRITH-YULIANA-CASTELLANOS-PAEZ-Concepto-20231229-1112-1300880

2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.



**XIMENA LIZETH RUEDA ROZO**  
CC: 1095815317  
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO  
RETHUS 18/11/2020 - 79826

**BIOANALISIS IPS E.U.**

Nit: 900232628-5

Cile 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978654450 - CEL:3208393435  
BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co

|                                                      |                                     |                                        |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Nombre Paciente:</b> Braulio Andres Cedeño Torres | <b>Identificación</b><br>1116801512 | <b>Código Unico Paciente:</b><br>11086 |
| <b>Empresa:</b> **PARTICULAR**                       | <b>Fecha Nacimiento:</b>            | 22/05/1995                             |
| <b>Dirección:</b> CR 23 1A-35 VILLA DEL PRADO        | Página 1 de 1                       |                                        |

| Ingreso Nro.     | Sexo:                     | Edad:                    | Estado Civil:  | Nivel Educativo:                | Ciudad: | Fecha Consulta      |
|------------------|---------------------------|--------------------------|----------------|---------------------------------|---------|---------------------|
| 39593            | Masculino                 | 28 Años                  | Union Libre    | 10 - 11 (Media Tecnica)         | ARAUCA  | 29/12/2023 10:25:27 |
| <b>Objetivo:</b> | Ingreso                   | <b>E.P.S.:</b> NUEVA EPS | <b>A.R.L.:</b> | <b>Cargo:</b> SUPERVISOR        |         |                     |
| <b>Contrato:</b> | Clasificación del Riesgo: |                          |                | <b>Estrato:</b> [1] - Bajo Bajo |         |                     |

**CONCEPTO DE APTITUD LABORAL**

Los Resultados de Paraclinicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resul

**CONCEPTO INGRESO:**

|                                     |                                                   |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo                                |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo                             |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado                                          |
| <input type="checkbox"/>            | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD |

**TRABAJO ESPECIALES:**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulación de Alimentos |  |

**CONCEPTO EGRESO:**

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoración por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador                                             |
| <input type="checkbox"/> | Continúa en el Cargo                                            |

**PREVENCIÓN EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA**☐ Auditivo ☒ Visual ☒ CardioVascular ☒ Respiratorio ☒ Ergonómico ☒ Dermatología ☐ Otros**SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES Y/O PROCEDIMIENTOS**

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

**DESCRIPCIÓN RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

Apto para el cargo.

**RESTRICCIONES**

Ninguna para el Cargo

**RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

GENERALES: Higiene Postural, Utilización EPP, SEGUN I.M.C.: Dieta, Ejercicio Regular, Descartar Enf. Metabólica. PROGRAMAS DE PYP: Salud Visual, Riesgo Cardiovascular, Riesgo Psicolaboral, Riesgo Biomecánico.

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Fic 2023/12/29 10:25:51

Vedirito Estrada - C.C. 19193874 / RM: Médico Especialista S.O.  
Lic. 81.788

29/12/2023 10:25:55

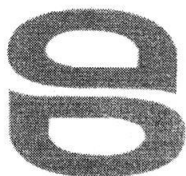
Generado por SGMI - TERRASOFT  
FHT 74814874-S - www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Índice Derecho





# BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5

Clle 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL.3208393435  
BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co



Identificacion

Codigo Unico Paciente:

52104300

18514

Fecha Nacimiento:

11/03/1972

Nombre Paciente: Aydee Fabiola Cespedes Pieros

Empresa:

\*\*PARTICULAR\*\*

Direccion:

CASTILLOS BLOQUE 9APR104

Página 1 de 1

| Ingreso Nro. | Sexo:    | Edad:                     | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad:                        | Fecha Consulta      |
|--------------|----------|---------------------------|---------------|------------------|--------------------------------|---------------------|
| 39597        | Femenino | 51                        | Años          | Union Libre      | 10 - 11 (Media Tecnica) ARAUCA | 29/12/2023 11:19:30 |
| Objetivo:    | Ingreso  | E.P.S.:                   | SANITAS       | A.R.L.:          | Cargo:                         | OPERARIA DE ASEO    |
| Contrato:    |          | Clasificacion del Riesgo: |               | Estrato:         | [1] - Bajo Bajo                |                     |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resul

### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

### TRABAJOS ESPECIALES:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulacion de Alimentos |  |

### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoracion por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                          |                     |                          |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|

## PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☒ Auditivo ☒ Visual ☒ CardioVascular ☒ Respiratorio ☒ Ergonomico ☒ Dermatologia ☐ Otros

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

## DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo.

## RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Control ocupacional periodico, Higiene Postural, Utilizacion EPP. SEGUN I.M.C.: Ejercicio Regular.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(la) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

*[Handwritten signature]*

*Aydee Fabiola Cespedes Pieros*



Fin Doc 2023 12/29/23 11:19:37

Vladimir Estrada - C.C. 10193874 / RM. Medico Especialista S.O.  
Lic 81.786

29/12/2023 11:19:43

Generado por SGM - TERRASOFT  
NIT 74814574-9 www.terrasoft.co

Fin Doc 2023 12/29/23 11:19:44

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho



**BIOANALISIS IPS E.U.**

**CUIDAMOS TU VIDA**

**Nit: 900.232.628-5**



Nombre: AYDEE FABIOLA CESPEDES PIEROS SID : 95072

Fecha de Recepcion: 28/12/2023 15:11:49

No. Identificacion: 52104300

Fecha de Impresion: 29/12/2023 02:11:20 pm

Edad: 51 Años Sexo: Femenino

Entidad: \*\*PARTICULAR\*\*

Nro. Ordenamiento: 134611

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

| Examen                                                    | Resultado              | Unidad Medida | Valor Biologico de Referencia |
|-----------------------------------------------------------|------------------------|---------------|-------------------------------|
| 1. <b>BHCG CUALITATIVA</b><br>Metodo: Inmunocromatografia | NEGATIVO A LA<br>FECHA |               |                               |

  
Validado: JAMES ELISBO  
BACTERIOLOGO - R.M. 1116792078

CL 15 13 08  
8854450

Nit:900232628-5

Regimen. RÉGIMEN ORDINARIO

Autorización por computador

CC : 52104300 Nombre : AYDEE FABIOLA CESPEDES PIEROS Fecha 28/12/2023 15:17:00  
Tel : 3112083819 Direcc : 9 APAR 104 Edad: 51 años, 9 meses, 17 días  
Practicado Por: MEDICINA OCUPACIONAL Entidad Administradora: PARTICULAR

| Codigo    | Concepto                                                    | Cant | Valor  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------|--------|
| 890262-10 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 1.00 | 36,000 |
| 904508-1  | BHCG CUALITATIVA O SEROLOGIA II                             | 1.00 | 17,000 |

www.avances.com.co

Son: CINCUENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

Tipo de pago: EFECTIVO \$53000

|               |        |
|---------------|--------|
| Subtotal \$   | 53,000 |
| Iva \$        | 0      |
| Dcto \$       | 0      |
| Valor Neto \$ | 53,000 |

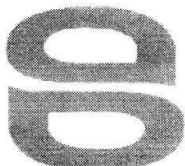
DVERA

Elaboró

Firma

Factura Impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

CENTRO MEDICO  
BIOANALISIS IPS  
CANCELA  
FECHA: 28-12-2023  
RECIBIDO: B. B. B.



# BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5

Calle 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL 3208393435  
BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co



Nombre Paciente: Lina Maria Garcia Lopez

Empresa:

\*\*PARTICULAR\*\*

Direccion:

carre38c#19-38

Identificacion

1116802109

Codigo Unico Paciente:

9462

Fecha Nacimiento:

21/09/1995

Página 1 de 1

| Ingreso Nro. | Sexo:    | Edad:                     | Estado Civil: | Nivel Educativo:        | Ciudad:         | Fecha Consulta      |
|--------------|----------|---------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------------|
| 39607        | Femenino | 28                        | Años Casado   | 10 - 11 (Media Tecnica) | ARAUCA          | 29/12/2023 16:16:46 |
| Objetivo:    | Ingreso  | E.P.S.:                   | NUEVA EPS     | A.R.L.:                 | Cargo:          | OPERARIO DE ASEO    |
| Contrato:    |          | Clasificacion del Riesgo: |               | Estrato:                | [1] - Bajo Bajo |                     |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resul

### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

### TRABAJOS ESPECIALES:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulacion de Alimentos |  |

### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoracion por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                          |                     |                          |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|

## PREVENCIÓN EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

|                                              |                                            |                                         |                                                  |                                                |                                       |                                |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Auditivo | <input checked="" type="checkbox"/> Visual | <input type="checkbox"/> CardioVascular | <input checked="" type="checkbox"/> Respiratorio | <input checked="" type="checkbox"/> Ergonomico | <input type="checkbox"/> Dermatología | <input type="checkbox"/> Otros |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

## DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

## RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP, SEGUN I.M.C., Dieta, Ejercicio Regular, Valoracion Por Nutricion. PROGRAMAS DE PYP: Salud Visual, Riesgo Cardiovascular, Riesgo Psicolaboral, Riesgo Biomecanico.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara BIOANALISIS IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) estan completas y son veridicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento

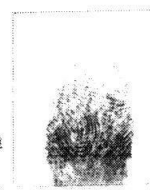
29/12/2023 16:17:02

Vladimir Estrada - C.C. 19193574 / RM Medico Especialista S.O.  
Lic 81768

29/12/2023 16:17:02

Generado por SGM - TERRASOFT  
Nit: 74914574-8 www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho





**BIOANALISIS IPS E.U.**

**CUIDAMOS TU VIDA**

**Nit: 900.232.628-5**



Nombre: LINA MARIA GARCIA LOPEZ SID: 95121  
No. Identificacion: 116802109  
Edad: 28 Años Sexo: Femenino  
Nro. Ordenamiento: 134666

Fecha de Recepcion: 29/12/2023 14:04:56  
Fecha de Impresion: 29/12/2023 04:32:01 pm  
Entidad: \*\*PARTICULAR\*\*  
Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

| Examen                                                    | Resultado           | Unidad Medida | Valor Biologico de Referencia |
|-----------------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------|
| 1. <b>BHCG CUALITATIVA</b><br>Metodo: Inmunocromatografia | NEGATIVA A LA FECHA |               |                               |

  
Valda Maria Camacho Surescu  
Bacteriologa - R.M. 1116796903

CL 15 13 08

8854450

Nit:900232628-5

Regimen. RÉGIMEN ORDINARIO

Autorización por computador

CC : 1116802109

Nombre : Lina Maria Garcia Lopez

Fecha 29/12/2023 15:05:00

Tel : 3142818918

Direcc : CR 38c 19 38

Edad: 28 años, 3 meses, 8 días

Practicado Por: MEDICINA OCUPACIONAL

Entidad Administradora: PARTICULAR

| Codigo    | Concepto                                                    | Cant | Valor  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------|--------|
| 890262-10 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 1.00 | 36,000 |
| 904508-1  | BHCG CUALITATIVA O SEROLOGIA II                             | 1.00 | 17,000 |

www.avances.com.co

Son: CINCUENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

Subtotal \$ 53,000

Iva \$ 0

Dcto \$ 0

Valor Neto \$ 53,000

Tipo de pago: EFECTIVO \$53000

## Observaciones:

CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS EU, A PARTIR DEL 24/05/2022 ES BENEFICIARIA DEL  
RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL - ZESE ART 268 LEY 1955/2019 Y EL DEC. 2112 DEL 24/11/2019; POR TAL RAZÓN  
ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE.

FAVOR GIRAR CHEQUE A NOMBRE DE CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS E.U. O CONSIGNAR EN LAS CUENTAS  
CORRIENTES No. 215-003355-68 BANCO CAJA SOCIAL - o - No. 064017205  
BANCO BBVA, ENVIAR REPORTE DE PAGO AL CORREO contabilidad@bioanalisis.com.co

DVERA

Elaboró

Firma

Factura Impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.



**DELIA SHIRLEY CAMACHO TOBO**

**60268263-1**

**Calle 4 No. 5-27 B. Charalá - Arauquita**

NRO ATENCIÓN: 00053048

FECHA: 29/12/2023, HORA: 08:25

**Laboratorio Clínico**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Página 1

|                |                           |                          |      |
|----------------|---------------------------|--------------------------|------|
| Nro. Documento | Nombre del Paciente       | Edad                     | Sexo |
| CC-1007191716  | GUZMAN VEGA JESSICA PAOLA | 26 años, 1 meses, 8 días | F    |
| Empresa        | Médico que ordenó:        |                          |      |
| PARTICULAR     |                           |                          |      |

**Examen: 906916 SEROLOGÍA (PRUEBA NO TREPOMENICA) VDRL EN SUERO O LCR**

| ITEM | Concepto              | Resultado            | Valor Referencia   |
|------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| 413  | PRUEBA RÁPIDA SÍFILIS |                      | NEGATIVO           |
| 404  | SEROLOGIA (V.D.R.L.)  | NO REACTIVA DILUCION | NO REACT. DILUCION |

Interpretación y Observaciones

68263 SHIRLEY CAMACHO TOBO

Realizado Por

*Dr. Glendia Marleny Jimenez Tobo*  
C C 60 25 992  
BAC...  
Firma



Nit. 901 266 325-9  
318 520 0809  
Carrera 19 No 18-40 Barrio Cristo Rey  
ipscolmedi@gmail.com



Nº 6.385

### CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

| FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |             | TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL                                                       |                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 04<br>DÍA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 01<br>MES | 2024<br>AÑO | ARAUCA (ARAUCA, COLOMBIA)                                                               |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             | EVALUACIÓN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO                                                   |                           |
| DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |           |             |                                                                                         |                           |
| PARTICULARES CONTADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |             | PARTICULARES AL CONTADO                                                                 |                           |
| Nombre de la empresa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |             | Empresa en misión                                                                       |                           |
| DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cédula de Ciudadanía, CE, Cédula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             |                                                                                         |                           |
| JAIMES GAMBOA ANYELA VIVIANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |             | Genero                                                                                  | Edad                      |
| Apellidos y Nombres                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             | FEMENINO                                                                                | 28 AÑOS 8 MESES<br>0 DÍAS |
| Carga                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |             | Documento de Identificación                                                             | CC                        |
| SERVICIOS GENERALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             | Tipo                                                                                    | 1116801306                |
| CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             | BUENAS CONDICIONES DE SALUD PARA EL CARGO                                               |                           |
| Observaciones: NO APLICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |             |                                                                                         |                           |
| N/A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |             | NO SE EVALUARÁN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos) |                           |
| RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |             | TIPO                                                                                    | RECOMENDACIONES           |
| SIN RESTRICCIONES LABORALES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             | NO APLICA                                                                               | NO APLICA                 |
| El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |             |                                                                                         |                           |
| PRUEBA INMUNOLÓGICA (SEROLOGÍA PARA SÍFILIS -TREPONEMICAS) E                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |             | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR                                     |                           |
| RECOMENDACIONES MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |             | RECOMENDACIONES OCUPACIONALES                                                           |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             | HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES                                                     |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             | HÁBITOS SALUDABLES                                                                      |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             | FORTALECIMIENTO MUSCULAR                                                                |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             | CONTROL DE PESO                                                                         |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             | ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA                                                               |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             | HACER DEPORTE                                                                           |                           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |             | DIETA BALANCEADA                                                                        |                           |
| OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |             |                                                                                         |                           |
| CUMPLIR CON LOS PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO SEGURO ESTABLECIDOS PARA EL CARGO DESEMPEÑADO, CON USO OBLIGATORIO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           |             |                                                                                         |                           |
| Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. |           |             |                                                                                         |                           |
| Médico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |             | Aspirante o Trabajador                                                                  |                           |
| Firma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |             | Firma: Anyela Viviana S                                                                 |                           |
| Nombre: ESTRADA MALDONADO VLADIMIRO ANTONIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |           |             | Nombre: JAIMES GAMBOA ANYELA VIVIANA                                                    |                           |
| R. M.: 16191 L.S.O.: 81-1008                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |             | CC: 1116801306                                                                          |                           |



Nit. 901 266 325-9  
318 520 0809  
Carrera 19 No 18-40 Barrio Cristo Rey  
ipscolmedi@gmail.com



## RESULTADO DEL LABORATORIO CLÍNICO

### DATOS PERSONALES

|                           |                           |         |                              |               |             |
|---------------------------|---------------------------|---------|------------------------------|---------------|-------------|
| Lugar del Examen:         | ARAUCA (ARAUCA, COLOMBIA) | Fecha:  | 04/01/2024                   |               |             |
| Número de Identificación: | 1116801306                | Nombre: | JAIMES GAMBOA ANYELA VIVIANA | Genero:       | FEMENINO    |
| Fecha de Nacimiento:      | 05/05/1995                | Edad:   | 28 AÑOS 8 MESES 0 DÍAS       | Estado Civil: | UNIÓN LIBRE |

### RESULTADO DE PRUEBA INMUNOLOGICA (SEROLOGÍA PARA SIFILIS -TREPONEMICAS) E

PRUEBA RAPIDA PARA SIFILIS (TREPONEMICA): NO REACTIVO

#### Bacteriólogo

Firma:

Nombre: MENDOZA MOSQUERA YAMILE WADETH  
RM: 271

#### Paciente

Firma:

Anyela Viviana S

Nombre: JAIMES GAMBOA ANYELA VIVIANA  
CC: 1116801306



COLOMBIANA DE SERVICIOS MEDICOS  
INTEGRALES COLMEDI SAS

NIT 901.266.325-9

CR 19 18 40

Tel: (3193691699) undefined - Ext. undefined

Arauca - Colombia

gerencia@ipscolmedi.com



RES.DIAN No. Número Autorización  
18764060787200 aprobado en 20231128  
prefijo FESI desde el número 411 al 5000  
Vigencia: 12 Meses

FACTURA ELECTRÓNICA DE  
VENTA NO. FESI 471

Fecha y Hora Factura

Generación: 04/01/2024,

10:29

Expedición: 04/01/2024, 10:29

Nombre del Cliente  
ANYELA VIVIANA JAIMES  
GAMBOA

Nit ó C.C.  
1.116.801.306-8

Fecha de Vencimiento

-

Razón Social  
ANYELA VIVIANA JAIMES  
GAMBOA

Dirección  
MZ 8 CASA 6

Teléfono  
(607) 0000000 - Ext. 000

Correo  
ANYELAJAIMES80@GMAIL.COM

Vendedor  
Marcela Soriano

Centro de Costo  
0

CONDICIONES DE VENTA: La firma del comprador en este documento significa la aceptación de la mercancía y la obligación de pagar en los términos y condiciones estipuladas y su conformidad con el pacto de reserva de dominio que aquí se establece. Este documento se asimila en todos sus efectos a una letra de cambio según Art 774 del código de Comercio. Nuestra responsabilidad cesa al entregar la mercancía a los transportadores. Reclamos por roturas o saqueo deben hacerse al transportador



| Ítem | Descripción                                                 | Cantidad | Vr. Total |
|------|-------------------------------------------------------------|----------|-----------|
| 1    | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR         | 1.00     | 35,000.00 |
| 2    | PRUEBA INMUNOLOGICA (SEROLOGIA PARA SIFILIS-TREPONEMICAS) P | 1.00     | 20,230.00 |

Total items: 2

OBSERVACIONES:

JAIMES GAMBOA ANYELA VIVIANA\_ EXAMEN DE INGRESO  
SERVIMOS CON VOCACION Y SU BIENESTAR ES NUESTRA  
MOTIVACION.  
COLMEDI.... TU MEJOR ALIADO

Valor en Letras:

Cincuenta y cinco mil doscientos treinta pesos m/cte

|               |           |
|---------------|-----------|
| Total Bruto   | 52,000.00 |
| IVA 19%       | 3,230.00  |
| IVA 0%        | 0.00      |
| Total a Pagar | 55,230.00 |

Condiciones de Pago:

Efectivo \$ 55,230.00

VENDEDOR

FIRMA Y SELLO

C.C. Ó NIT.:

C.C. Ó NIT.:

CUFE:

3f12167f941603ebc05840ba4f28004a9b4817020a5da921628bd85708ad24f5b8c7e2a7c6081ed006ce0f14bdrh816c2

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

**SYSO SARARE S.A.S**

Nit. 900.710.269-5

**COMPROBANTE DE INGRESO****SYSO SARARE S.A.S**

Nit: 900710269-5

Diag. 30 N° 12-18

No.

4553

Fecha

29/12/2023 08:24:39

**1. DATOS DEL CLIENTE**

NOMBRE: DORALBA JAIMES MANCIPE

NIT: 1098606798

DIRECCION: CL 26 6 16 BRR VILLA FANNY

CIUDAD: SARAVERA

TELEFONO: 3204687909

**2. DATOS DOCUMENTO DE COMPRAVENTA**

CONCEPTO: PAGO FACTURA DE COMPRAVENTA NUMERO: 3119

DETALLE: Servicios Prestados entre el 29/12/2023 Y el 29/12/2023. Favor hacer transferencia bancaria a la cuenta corriente No. 506169998073 de DAVIVIENDA.

NUMERO DOCUMENTO: 3119 VENCIMIENTO: 29/12/2023 VALOR: 66,400

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL****4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE ( DATOS DEL PAGO)**

FECHA DE PAGO: 29/12/2023

FORMA DE PAGO: Contado

PROCESO: Buenaventura Flor

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| SALDO INICIAL:       | 66,400.0        |
| (-) RETEFUENTE       | .0              |
| (-) RETEICA          | .0              |
| (-) RETEIVA          | .0              |
| (-) OTROS DESCUENTOS | .0              |
| <b>PAGO NETO:</b>    | <b>66,400.0</b> |

SON : SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

OBSERVACIONES PAGO: El 29/12/2023 se recibe efectivo por la suma de \$66.400 por gerente BUENAVENTURA FLOREZ PICO con lo cual se cancelan las factura FEC3119

REVISOR: \_\_\_\_\_

**CONTABILIDAD****AUDITORIA**

Elaboro: Buenaventura Florez Pico

**SYSO SARARE S.A.S**

Nit. 900.710.269-5

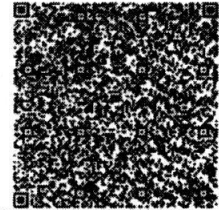
Factura Electrónica de Venta

Nro. Doc.: FEC3119

Fecha Emisión: 2023-12-29 07:55:05

Fecha validación: 2023-12-29 07:52:19-05:00

Fec. Vcto.: 2023-12-29



Nº Resolución: 18764060031840 Prefijo: FEC Consecutivo: 3001 hasta 5000 Fecha: 2023-11-16 hasta 2024-11-16

| Datos del Emisor                                       | Datos del Adquiriente                                           |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Razón social/Nombre: Syso Sarare SAS                   | Razón social/Nombre: DORALBA JAIMES MANCIPE                     |
| NIT: 900710269-5                                       | Cédula de ciudadanía: 1098606798                                |
| Actividad Económica: 8621                              | Dirección: CL 26 6 16 BRR VILLAFANNY - SARAVERENA - Arauca - CO |
| Responsabilidad: No aplica - Otros -                   | Teléfonos: 3204687909                                           |
| Dirección: Diag. 30 N 12-18 - SARAVERENA - Arauca - CO | E-mail: doralbajaimes@gmail.com                                 |
| Teléfonos: 3112177779                                  |                                                                 |
| Contacto: FLOREZ PICO BUENAVENTURA                     |                                                                 |
| E-mail: sysosararesas@gmail.com                        |                                                                 |

| # | Código | Cant. | Medida | Descripción                                                                            | Valor Unitario | %Impuesto | Impuesto | Descuento | Valor Total |
|---|--------|-------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|-------------|
| 1 | 890202 | 1.00  | ZZ     | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR                                    | 48,800.00      |           |          |           | 48,800.00   |
| 2 | 904508 | 1.00  | ZZ     | GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA (BHCG) PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE | 17,600.00      |           |          |           | 17,600.00   |

Total Items 2

| Totales                                                               |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>SUBTOTAL:</b>                                                      | 66,400.00 |
| <b>TOTAL Base Imponible:</b>                                          | 0.00      |
| <b>TOTAL Descuento Global:</b>                                        | 0.00      |
| <b>TOTAL Anticipos:</b>                                               | 0.00      |
| <b>TOTAL Recargo Global:</b>                                          | 0.00      |
| <b>TOTAL:</b>                                                         | 66,400.00 |
| <b>TOTAL en letras: Sesenta Y Seis Mil Cuatrocientos Con Cero COP</b> |           |
| <b>Redondeo Aplicado:</b>                                             | 0.00      |

## Información adicional

Servicios Prestados entre el 29/12/2023 Y el 29/12/2023. Favor hacer transferencia bancaria a la cuenta corriente No. 506169998073 de DAMMENDA Favor No Practicar Retención en la Fuente, Pertenecemos al Regimen Simple de Tributación (RST).

## Medios de Pago

| Forma de Pago | Medio de Pago | Fecha de Vencimiento | Numero de Referencia | Código Referencia | Numero de Dias | Código Banco | Banco | Numero de Transferencia | Código del Canal de Pago |
|---------------|---------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------|--------------|-------|-------------------------|--------------------------|
| Contado       | Otro          | 2023-12-29           | 4925                 |                   |                |              |       |                         |                          |

FAVOR CONSIGNAR A NOMBRE DE SYSO SARARE SAS EN CUENTA CORRIENTE 506169998073 DE BANCO DAMMENDA  
Favor No Practicar Retención en la Fuente, Pertenecemos al RST.

CUFE: 61ebe90233d74a73f92878f7da7923184b12328141ee04a2d8703f03c5c778e5d29786f6c7c973d9a58d22f22a426b07

Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6

TFHKA\_C0000390126 - Master: +57 - 317 668 7663 - <https://www.thefactoryhka.com.co/> - Versión de template: co-default-21-743



# SYSO SARARE S.A.S

Nit: 900710269-5

Diag. 30 N° 12-18 Saravena Arauca PBX: 8821377 - CEL: 311 217 7779  
BARRIO SAN LUIS- E-mail:sysosararesas@gmail.com



Nombre Paciente: Doralba Jaimes Mancipe

Identificacion

Codigo Unico Paciente:

1098606798

8058

Empresa: DORALBA JAIMES MANCIPE

Fecha Nacimiento:

07/01/1984

Direccion: CALLE 26-N 16-06 B VILLAFANNI

Página 1 de 1

| Ingreso Nro.        | Sexo:    | Edad:                     | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad:                 | Fecha Consulta      |
|---------------------|----------|---------------------------|---------------|------------------|-------------------------|---------------------|
| 23126               | Femenino | 40                        | Años          | Soltero          | 10 - 11 (Media Tecnica) | SARAVENA            |
| 29/12/2023 07:46:18 |          |                           |               |                  |                         |                     |
| Objetivo:           | Ingreso  | E.P.S.:                   | COOSALUD      | A.R.L.:          | NO REFIERE              | Cargo:              |
| Contrato:           |          | Clasificacion del Riesgo: |               | Estrato:         | [3] - Medio Bajo        | SERVICIOS GENERALES |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                                                   |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo                                |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo                             |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado                                          |
| <input type="checkbox"/>            | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD |

### TRABAJOS ESPECIALES:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulacion de Alimentos |  |

### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoracion por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador                                             |
| <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo                                            |

## PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR ,

## DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

## RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Higiene Postural, Utilizacion EPP, Pausas activas compensatorias, No levantar más de 12.5Kilos, Educación Ergonomía del Puesto de trabajo. No ingerir bebidas alcohólicas, Dieta Baja en Sal, Grasas y Carbohidratos.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará SYSO SARARE S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a SYSO SARARE S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Tue Dec 2023 12/29/23 07:50:05

Buenaventura Florez Pico - C.C. 13829200 / RM: R.M. 81-1548 del  
17-12-13 Esp. en salud Ocupacional.

29/12/2023 11:22:34

Generado por SGMI - TERRASOFT,  
NIT. 74814574-9 www.terrasoft.co

Fri Dec 2023 12/29/23 07:06:05

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en [www.sysosarare.wixsite.com/saravena](http://www.sysosarare.wixsite.com/saravena) opcion "DESCARGA AQUI"



I.P.S. MECAS SALUD DOMICILIARIA S.A.S

Porque en casa te sientes mejor!!

SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD

NIT. 900886925-4

### Evaluación Médica Ocupacional – Certificación de Aptitud Laboral

|                      |                     |                 |                    |         |              |
|----------------------|---------------------|-----------------|--------------------|---------|--------------|
| EMPRESA:             | SETHIA Producción   | FECHA:          | 29/12/2023         | CIUDAD: | LA OROQUINDA |
| PREOCUPACIONAL       | POSOCUPACIONAL      | PERIÓDICO       | TRABAJO EN ALTURAS |         |              |
| REINTEGRO            | OTROS               |                 |                    |         |              |
| NOMBRES Y APELLIDOS: |                     | IDENTIFICACION: |                    |         |              |
| NELLY MARCE GARCIA   |                     | 68793418        |                    |         |              |
| CARGO:               | SERVICIOS GENERALES | TELÉFONO:       | 310 6987795        | Edad:   | 46           |

#### EXAMENES PRACTICADOS

|                           |                                     |                    |                          |                   |                          |                         |                          |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Examen Médico Ocupacional | <input checked="" type="checkbox"/> | Electrocardiograma | <input type="checkbox"/> | Hemoclasificación | <input type="checkbox"/> | Creatinina              | <input type="checkbox"/> |
| Examen Osteomuscular      | <input type="checkbox"/>            | Glicemia           | <input type="checkbox"/> | Parcial de Orina  | <input type="checkbox"/> | Transaminasas TGO/TGP   | <input type="checkbox"/> |
| Audiometría               | <input type="checkbox"/>            | Colesterol Total   | <input type="checkbox"/> | Kch de Uñas       | <input type="checkbox"/> | Fosfatasa Alcalina      | <input type="checkbox"/> |
| Visiometría               | <input type="checkbox"/>            | Colesterol HDL     | <input type="checkbox"/> | Frotis Faringeo   | <input type="checkbox"/> | Sustancias Psicoactivas | <input type="checkbox"/> |
| Optometría                | <input type="checkbox"/>            | Colesterol LDL     | <input type="checkbox"/> | Coprológico       | <input type="checkbox"/> | RX de Columna           | <input type="checkbox"/> |
| Espirometría              | <input type="checkbox"/>            | Triglicéridos      | <input type="checkbox"/> | Serología         | <input type="checkbox"/> | RX de Tórax             | <input type="checkbox"/> |
| Psicología                | <input type="checkbox"/>            | Cuadro Hemático    | <input type="checkbox"/> | Bun               | <input type="checkbox"/> | alcoholimetría          | <input type="checkbox"/> |

#### CONCEPTO MEDICO LABORAL

|                     |                                                                    |                                |                                                         |                                |                                                         |
|---------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------|
| APTO PARA EL CARGO  | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | APTO PARA TRABAJO EN ALTURAS   | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | APTOS PARA ESPACIOS CONFINADOS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| APTO CON LIMITACION | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>            | APTO MANIPULACION DE ALIMENTOS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | APLAZADO                       | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

#### SIGNOS VITALES

FC: X' FR: X' SPO2 % T/A: 110/40 mmHg T: 36.5°C PESO: 55 Kg TALLA: 150 CM

|                                                                                       |                                                                               |                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EXAMEN MEDICO DE INGRESO:                                                             | EXAMEN MEDICO PERIODICO O REINTEGRO                                           | EXAMEN MEDICO DE EGRESO                                                                                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cumple requisitos necesarios para ocupar el cargo | Satisfactorio                                                                 | Satisfactorio                                                                                                     |
| Presenta condición médica que no disminuye su capacidad laboral                       | Condición que requiere valoración por su EPS                                  | Con condición de enfermedad o lesión que debe ser valorada en la entidad de Salud a que se encuentre afiliado (a) |
| Presenta enfermedad que requiere tratamiento antes de ingresar                        | Evaluar puesto de Trabajo                                                     | Se dan recomendaciones específicas sobre condiciones de salud                                                     |
| Presenta condición médica que no cumple con los requisitos                            | Posible condición médica generada por la labor, requiere ser valorado por EPS |                                                                                                                   |

OBSERVACIONES:

OBSERVACIONES GENERALES IMPORTANCIA DE: 1. PAUSAS ACTIVAS: EJERCICIOS DE ESTIRAMIENTO Y RESPIRACION 2. HIGIENE POSTURAL: POSTURAS ADECUADAS. MANEJO DE PALANCAS 3. HIDRATACION DURANTE LA JORNADA LABORAL 4. USO DE LOS EPP: ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DEACUERDO AL CARGO

|                              |                            |                    |                  |
|------------------------------|----------------------------|--------------------|------------------|
| IV MEDICAS                   | ESTILO DE VIDA             | INCLUSION SVE      | INCLUSION SVE    |
| Remisión a PS                | Dieta balanceada           | Salud Visual       | Riesgo Químico   |
| Control P/vis por PS         | Ejercicio regular          | Cuidado auditivo   | Riesgo Biológico |
| Se prescribe tratamiento     | Valoración nutricional     | Cardiovascular     |                  |
| Continuar tratamiento médico | Activ. Sano esparcimiento  | Osteomuscular      |                  |
| Toma de citología vaginal    | Dejar hábito de fumar      | Se ordena Rx       |                  |
| Toma de PSA                  | Reducir consumo de alcohol | Riesgo Psicosocial |                  |

\* CERTIFICO QUE LA INFORMACION SUMINISTRADA ES COMPLETA Y VERIDICA, QUE NO HE OMITIDO NINGUNA INFORMACION SOBRE MI ESTADO DE SALUD Y QUE COMPRENDI LAS

RECOMENDACIONES Y RECOMENDACIONES DEL PERSONAL SANITARIO OCUPACIONAL - Res.244 de 2017"

|                       |                      |
|-----------------------|----------------------|
| NOMBRE DEL TRABAJADOR | FIRMA DEL TRABAJADOR |
| JOHANNES PASTOR       |                      |
| Rehus 1032383694      |                      |
| UCC                   |                      |

Dirección: CLL 28 No. 17 – 54 Barrio Modelo Saravena - Arauca

ipocasaluddomiciliaria@gmail.com

Cel. 3115273107-3209628341





# SYSO SARARE S.A.S

Nit: 900710269-5

Diag. 30 N° 12-18 Saravena Arauca PBX: 8821377 - CEL: 311 217 7776  
BARRIO SAN LUIS- E-mail: sysosararesas@gmail.com



Nombre Paciente: Nubia Jimenez Rincon

Identificacion

27738168

Codigo Unico Paciente:

10151

Empresa:

NUBIA JIMENEZ RINCON

Fecha Nacimiento:

24/08/1980

Direccion:

CRA 1 N 27-44 BARRIO ANUHOGR

Página 1 de 1

|              |          |                           |               |                  |                                  |                                |
|--------------|----------|---------------------------|---------------|------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Ingreso Nro. | Sexo:    | Edad:                     | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad:                          | Fecha Consulta                 |
| 23152        | Femenino | 43                        | Años          | Casado           | 10 - 11 (Media Tecnica) SARAVERA | 29/12/2023 11:03:44            |
| Objetivo:    | Ingreso  | E.P.S.:                   | COOSALUD      | A.R.L.:          | NO REFIERE                       | Categoría: SERVICIOS GENERALES |
| Contrato:    |          | Clasificación del Riesgo: |               |                  |                                  | Estrato: (3) - Medio Bajo      |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                                                   |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo                                |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo                             |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado                                          |
| <input type="checkbox"/>            | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD |

### TRABAJOS ESPECIALES:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulación de Alimentos |  |

### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoración por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador                                             |
| <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo                                            |

## PREVENCIÓN EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

☐ Auditivo ☐ Visual ☐ CardioVascular ☐ Respiratorio ☐ Ergonomico ☐ Dermatología ☐ Otros

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR,

## DESCRIPCIÓN RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

## RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Higiene Postural, Utilización EPP, Pausas activas compensatorias, No levantar más de 12.5 Kilos, Educación Ergonomía del Puesto de trabajo. No ingerir bebidas alcohólicas, Dieta Baja en Sal, Grasas y Carbohidratos.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará SYSO SARARE S.A.S.. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a SYSO SARARE S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendo perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mí firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Tue Dec 2023 12/10/23 07:05

Buenaventura Florez Pico - C.C. 13829200 / RM: R.M. 81-1548 del  
17-12-13 Esp. en salud Ocupacional.

29/12/2023 11:12:21

Generado por SGMi -  
TERRASOFT, NIT. 74814574-9.  
www.terrasoft.co

Fir Dec 2023 12/29/23 08:33:46

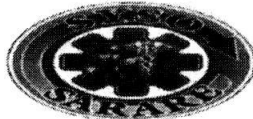
Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho

Nubia Jimenez

Importante: Valide su certificado de aptitud en [www.sysosarare.wixsite.com/saravena](http://www.sysosarare.wixsite.com/saravena) opcion "DESCARGA AQUI"



# SYSO SARARE S.A.S

Nit: 900710269-5

Diag. 30 N° 12-18 Saravena Arauca PBX: 8821377 - CEL: 311 217 7779  
BARRIO SAN LUIS- E-mail:sysosararesas@gmail.com



Nombre Paciente: Marley Anyelina Lascarro Cacua

Identificacion

Codigo Unico Paciente:

1007646415

10145

Empresa: MARLEY ANYELINA LASCARRO CACUA

Fecha Nacimiento:

16/02/2001

Direccion: BARRIO VILLABEL CRA 32 CALLE 15 MANZA 8

Página 1 de 1

| Ingreso Nro. | Sexo:    | Edad:   | Estado Civil:             | Nivel Educativo:        | Ciudad:    | Fecha Consulta             |
|--------------|----------|---------|---------------------------|-------------------------|------------|----------------------------|
| 23127        | Femenino | 22 Años | Soltero                   | 10 - 11 (Media Tecnica) | SARAVENA   | 29/12/2023 07:58:11        |
| Objetivo:    | Ingreso  | E.P.S.: | NUEVA EPS                 | A.R.L.:                 | NO REFIERE | Cargo: SERVICIOS GENERALES |
| Contrato:    |          |         | Clasificacion del Riesgo: |                         | Estrato:   | [3] - Medio Bajo           |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resultado:

### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

### TRABAJO ESPECIALES:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulacion de Alimentos |  |

### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoracion por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                          |                     |                          |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|

## PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

|                                   |                                 |                                         |                                       |                                     |                                       |                                |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auditivo | <input type="checkbox"/> Visual | <input type="checkbox"/> CardioVascular | <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input type="checkbox"/> Ergonomico | <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Otros |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

## DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

## RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

Higiene Postural, Utilizacion EPF, Pausas activas compensatorias, No levantar más de 12.5Kilos, Educación Ergonomía del Puesto de trabajo. No ingerir bebidas alcohólicas, Dieta Baja en Sal, Grasas y Carbohidratos.

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realice el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará SYSO SARARE S.A.S. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a SYSO SARARE S.A.S. para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Tue Dec 20 12:23:11 PM 2023

Buenaventura Florez Pico - C.C. 13629200 / RM: R.M. 81-1548 del  
17-12-13 Esp. en salud Ocupacional.

29/12/2023 11:23:11

Generado por SGMi - TERRASOFT,  
NIT. 74814574-9. www.terrasoft.co

Firma: 20231229/23/07/08/18

Marley



Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho

Importante: Valide su certificado de aptitud en [www.sysosarare.wixsite.com/saravena](http://www.sysosarare.wixsite.com/saravena) opcion "DESCARGA AQUI"

**SYSO SARARE S.A.S**

Nit. 900.710.269-5

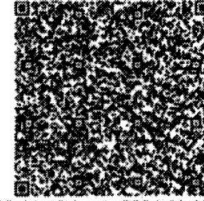
Factura Electrónica de Venta

Nro. Doc.: FEC3120

Fecha Emisión: 2023-12-29 07:56:49

Fecha validación: 2023-12-29 07:54:01-05:00

Fec. Vcto.: 2023-12-29



N° Resolución: 18764060031840 Prefijo: FEC Consecutivo: 3001 hasta 5000 Fecha: 2023-11-16 hasta 2024-11-16

| Datos del Emisor                                       | Datos del Adquiriente                                               |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Razón social/Nombre: Syso Sarare SAS                   | Razón social/Nombre: MARLEY ANYELINA LASCARRO CACUA                 |
| NIT: 900710269-5                                       | Cédula de ciudadanía: 1007646415                                    |
| Actividad Económica: 8621                              | Dirección: CR 32 15 13 MZ 8 BRR VILLABEL - SARAVERENA - Arauca - CO |
| Responsabilidad: No aplica - Otros -                   | Teléfonos: 3147568894                                               |
| Dirección: Diag. 30 N 12-18 - SARAVERENA - Arauca - CO | E-mail: cacuamarley@gmail.com                                       |
| Teléfonos: 3112177779                                  |                                                                     |
| Contacto: FLOREZ PICO BUENAVENTURA                     |                                                                     |
| E-mail: sysosararesas@gmail.com                        |                                                                     |

| # | Código | Cant. | Medida | Descripción                                                                            | Valor Unitario | %Impuesto | Impuesto | Descuento | Valor Total |
|---|--------|-------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------|----------|-----------|-------------|
| 1 | 890202 | 1.00  | ZZ     | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR                                    | 48,800.00      |           |          |           | 48,800.00   |
| 2 | 904508 | 1.00  | ZZ     | GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA CUALITATIVA (BHCG) PRUEBA DE EMBARAZO EN SANGRE | 17,600.00      |           |          |           | 17,600.00   |

Total Items 2

| Totales                                                        |           |
|----------------------------------------------------------------|-----------|
| SUBTOTAL:                                                      | 66,400.00 |
| TOTAL Base Imponible:                                          | 0.00      |
| TOTAL Descuento Global:                                        | 0.00      |
| TOTAL Anticipos:                                               | 0.00      |
| TOTAL Recargo Global:                                          | 0.00      |
| TOTAL:                                                         | 66,400.00 |
| TOTAL en letras: Sesenta Y Seis Mil Cuatrocientos Con Cero COP |           |
| Redondeo Aplicado:                                             | 0.00      |

## Información adicional

Servicios Prestados entre el 29/12/2023 Y el 29/12/2023. Favor hacer transferencia bancaria a la cuenta corriente No. 506169998073 de DAMMENDA Favor No Practicar Retención en la Fuente, Pertenecemos al Regimen Simple de Tributación (RST).

## Medios de Pago

| Forma de Pago | Medio de Pago | Fecha de Vencimiento | Numero de Referencia | Código Referencia | Numero de Dias | Código Banco | Ban co | Numero de Transferencia | Código del Canal de Pago |
|---------------|---------------|----------------------|----------------------|-------------------|----------------|--------------|--------|-------------------------|--------------------------|
| Contado       | Otro          | 2023-12-29           | 4926                 |                   |                |              |        |                         |                          |

FAVOR CONSIGNAR A NOMBRE DE SYSO SARARE SAS EN CUENTA CORRIENTE 506169998073 DE BANCO DAMMENDA Favor No Practicar Retención en la Fuente, Pertenecemos al RST.

CUIFE: 5a20ad76a796680a450395c581d2da4c188ad1ee2038809678620b733174503b555a4494736a9af58b543f266b03f6 Representación impresa de Factura Electrónica de Venta

Proveedor Tecnológico: The Factory HKA Colombia SAS - NIT: 900390126-6  
TFHKA\_COG00390126 - Master: +57 - 317 668 7663 - <https://www.thefactoryhka.com/col/> - Versión de template: co-default-21-743

Página 1 de 1



**SYSO SARARE S.A.S**  
Nit. 900.710.269-5

**COMPROBANTE DE INGRESO**

**SYSO SARARE S.A.S**  
Nit: 900710269-5  
Diag. 30 N° 12-18

No. 4554  
Fecha 29/12/2023 08:26:33

**1. DATOS DEL CLIENTE**

NOMBRE: MARLEY ANYELINA LASCARRO CACUA

NIT: 1007646415

DIRECCION: CR 32 15 13 MZ 8 BRR VILLABEL

CIUDAD: SARAVERA

TELEFONO: 3147568894

**2. DATOS DOCUMENTO DE COMPRAVENTA**

CONCEPTO: PAGO FACTURA DE COMPRAVENTA NUMERO: 3120

DETALLE: Servicios Prestados entre el 29/12/2023 Y el 29/12/2023. Favor hacer transferencia bancaria a la cuenta corriente No. 506169998073 de DAVIVIENDA.

NUMERO DOCUMENTO: 3120 VENCIMIENTO: 29/12/2023 VALOR: 66,400

**3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL**

**4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE ( DATOS DEL PAGO)**

FECHA DE PAGO: 29/12/2023

FORMA DE PAGO: Contado

PROCESO: Buenaventura Flor

|                      |                 |
|----------------------|-----------------|
| SALDO INICIAL:       | 66,400.0        |
| (-) RETEFUENTE       | .0              |
| (-) RETEICA          | .0              |
| (-) RETEIVA          | .0              |
| (-) OTROS DESCUENTOS | .0              |
| <b>PAGO NETO:</b>    | <b>66,400.0</b> |

SON : SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS MCTE

OBSERVACIONES PAGO: El 29/12/2023 se recibe efectivo por la suma de \$66.400 por gerente BUENAVENTURA FLOREZ PICO con lo cual se cancelan las factura FEC3119 cancelada por trabajadora

REVISOR: \_\_\_\_\_

**CONTABILIDAD**

**AUDITORIA**

Elaboro: Buenaventura Florez Pico



# BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5

Clle 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL 3208393435  
BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co



Nombre Paciente: Samir Fernando Ortiz Vergel

Empresa: \*\*PARTICULAR\*\*

Direccion: CR 30#24-57 CABAÑAS

Identificacion

17596206

Codigo Unico Paciente:

18518

Fecha Nacimiento:

21/07/1984

Página 1 de 1

| Ingreso Nro. | Sexo:     | Edad: |         | Estado Civil:             | Nivel Educativo: | Ciudad:  | Fecha Consulta      |
|--------------|-----------|-------|---------|---------------------------|------------------|----------|---------------------|
| 39603        | Masculino | 39    | Años    | Soltero                   | Tecnico          | ARAUCA   | 29/12/2023 15:11:48 |
| Objetivo:    | Ingreso   |       | E.P.S.: | COOSALUD                  | A.R.L.:          | Cargo:   | OPERARIO AUXILIAR   |
| Contrato:    |           |       |         | Clasificacion del Riesgo: |                  | Estrato: | [1] - Bajo Bajo     |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclinicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resul

### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

### TRABAJOS ESPECIALES:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulacion de Alimentos |  |

### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoracion por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                          |                     |                          |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|

## PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

|                                   |                                            |                                         |                                       |                                                |                                       |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Auditivo | <input checked="" type="checkbox"/> Visual | <input type="checkbox"/> CardioVascular | <input type="checkbox"/> Respiratorio | <input checked="" type="checkbox"/> Ergonomico | <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Otros |
|-----------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

## DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo..

## RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP, SEGUN I.M.C.: Ejercicio Regular. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Biomecanico

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y proposito del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el proposito, los beneficios, la interpretacion, los limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclinico(s) ocupacional(es) a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realizacion de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara BIOANALISIS IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) estan completas y son veridicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislacion vigente, la informacion registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislacion. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

*[Firma]*

29/12/2023 15:12:05  
Vladimir Estrada - C.C. 19193674 / RM. Medico Especialista S.O.  
Lic 81 766

29/12/2023 15:12:05  
Generado por BOMI - TERRASOFT  
NIT 74814574-9 www.terrasoft.co

*SAMIR ORTIZ*

Firma y Huella del Paciente o Responsable



Indice Derecho



CL 15 13 08  
8854450Resolución de facturación POS DIAN N° 18764055869012 desde el  
FVR25001 hasta la FVR35000 con vigencia desde el  
11/09/2023 hasta el 11/09/2024

Nit:900232628-5

Regimen. RÉGIMEN ORDINARIO

Autorización por computador

CC : 17596206

Nombre : SAMIR FERNANDO ORTIZ VERGEL

Fecha 28/12/2023 16:32:00

Tel : 3107660306

Direcc : CR 30 24 57

Edad: 39 años, 5 meses, 7 días

Practicado Por: MEDICINA OCUPACIONAL

Entidad Administradora: PARTICULAR

| Codigo    | Concepto                                                    | Cant | Valor  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------|--------|
| 890262-10 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 1.00 | 36,000 |

www.avances.com.co

Son: TREINTA Y SEIS MIL PESOS M/CTE

Tipo de pago: EFECTIVO \$36000

|               |        |
|---------------|--------|
| Subtotal \$   | 36,000 |
| Iva \$        | 0      |
| Dcto \$       | 0      |
| Valor Neto \$ | 36,000 |

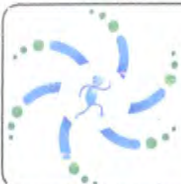
DVERA

Elaboró

Firma

Factura impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

CENTRO MEDICO  
BIOANALISIS IPS  
CAMPESINO  
FECHA: 28-12-2023  
RECIBIDO: B. New



# PROTECCION INTEGRAL IPS SAS

Nit. 900668559 - 7

Dirección: CALLE 15 # 22 - 34 - BARRIO EL CIELO

Tel: 311 810 3223 - 037 888 6566

## INFORME MÉDICO OCUPACIONAL DE APTITUD INGRESO

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

### DATOS DEL PACIENTE

Fecha 04/03/2024 06:59:00 Empresa SERVIASEO

Nombre ISAI OSORIO CORDERO

Cargo OBRERO

Doc. Identidad CC 96125437



### SE PRACTICARON LOS SIGUIENTES PARACLÍNICOS

|                                                              |   |   |
|--------------------------------------------------------------|---|---|
| 1 EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 2 | 3 |
| 4                                                            | 5 | 6 |
| 7                                                            | 8 | 9 |

### CONCEPTO

Elegible para el cargo SIN recomendaciones laborales

### RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

ELEGIBLE PARA EL CARGO DE OBRERO, SIN RESTRICCIONES LABORALES. DEBE SEGUIR BUENAS PRACTICAS DE HIGIENE POSTURAL, DAR USO A ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL DE ACUERDO AL RIESGO Y PROCUAR EL AUTOCUIDADO. ,SE SUGIERE MANEJO SEGURO A HERRAMIENTA Y EQUIPOS DE OPERACION MANUAL,SE INDICA CONTROL DE PESO CORPORAL

### RESTRICCIONES LABORALES

NINGUNA.

### PROGRAMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

Visual ☐ Auditivo ☐ Respiratorio ☐ Cardiovascular ☐ Psicosocial ☐ Ergonómico ☒ Otros ☐

### REMISIÓN

SI ☐ NO ☒ ARL

SI ☐ NO ☐ EPS

SI ☐ NO ☐

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

OSCAR HUMBERTO RANGEL RINCON  
Especialidad: ESPECIALISTA EN GERENCIA EN  
SALUD OCUPACIONAL  
CC: 9738293 RM: 811006/2022

Isai Osorio

Trabajador: ISAI OSORIO CORDERO  
CC: 96125437

Declaro que todos los datos registrados corresponden a la verdad



Captura Biométrica

CL 15 13 08  
8854450Resolución de facturación POS DIAN N° 18764055889012 desde el  
FVR25001 hasta la FVR35000 con vigencia desde el  
11/09/2023 hasta el 11/09/2024

Nit: 900232628-5

Regimen. RÉGIMEN ORDINARIO

Autorización por computador

CC : 68297233 Nombre : DENY MARITZA PELAYO PARADA Fecha 28/12/2023 16:24:00  
Tel : 3175129482 Direcc : INVASION REFUGIO Edad : 43 años, 4 meses, 5 días  
Practicado Por: LABORATORIO Entidad Administradora: PARTICULAR

| Codigo    | Concepto                                                    | Cant | Valor  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------|--------|
| 890262-10 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 1.00 | 36,000 |
| 904508-1  | BHCG CUALITATIVA O SEROLOGIA II                             | 1.00 | 17,000 |

www.avances.com.co

Son: CINCUENTA Y TRES MIL PESOS MCTE

Tipo de pago: EFECTIVO \$53000

Subtotal \$ 53,000  
Iva \$ 0  
Dcto \$ 0  
Valor Neto \$ 53,000

DVERA

Elaboró

Firma

Factura Impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

CENTRO MEDICO  
BIOANALISIS IPS  
CANCELADO  
FECHA: 28-12-23  
RECIBIDO: *[Firma]*



**BIOANALISIS IPS E.U.**  
**CUIDAMOS TU VIDA**  
**Nlt: 900.232.628-5**



|                                           |                       |                                                       |
|-------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------|
| Nombre: <u>DENY MARITZA PELAYO PARADA</u> | SID: <u>95074</u>     | Fecha de Recepcion: <u>28/12/2023</u> <u>15:19:56</u> |
| No. Identificacion: <u>68297233</u>       |                       | Fecha de Impresion: <u>29/12/2023 12:00:13 pm</u>     |
| Edad: <u>43 Años</u>                      | Sexo: <u>Femenino</u> | Entidad: <u>**PARTICULAR**</u>                        |
| Nro. Ordenamiento: <u>134613</u>          |                       | Solicitante: <u>A QUIEN CORRESPONDA</u>               |

| Examen                                             | Resultado           | Unidad Medida | Valor Biologico de Referencia |
|----------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------|
| 1. BHCg CUALITATIVA<br>Metodo: Inmunocromatografia | NEGATIVO A LA FECHA |               |                               |

*[Handwritten Signature]*  
Valeria Zaveri Eliseo  
BACTERIOLOGO - R.M. 1116782078



**DELIA SHIRLEY CAMACHO TOBO**

**60268263-1**

**Calle 4 No. 5-27 B. Charalá - Arauquita**

NRO.ATENCIÓN: 00053047

FECHA: 29/12/2023; HORA:08:25

**Laboratorio Clínico**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Página 1

|               |                                |                          |      |
|---------------|--------------------------------|--------------------------|------|
| Nro.Documento | Nombre del Paciente            | Edad                     | Sexo |
| CC-1076621510 | QUIENTERO CAMARGO JHOEL FABIAN | 34 años, 7 meses, 8 días | M    |
| Empresa       | Médico que ordenó:             |                          |      |
| PARTICULAR    |                                |                          |      |

**Examen: 906916 SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR**

| ITEM | Concepto              | Resultado            | Valor Referencia   |
|------|-----------------------|----------------------|--------------------|
| 413  | PRUEBA RÁPIDA SÍFILIS |                      | NEGATIVO           |
| 404  | SEROLOGIA (V.D.R.L.)  | NO REACTIVA DILUCION | NO REACT. DILUCION |

Interpretación y Observaciones

68263 SHIRLEY CAMACHO TOBO

Realizado Por

*Claudia Marleny Jimenez Tovar*  
C 60 2 1992  
*[Signature]*  
Firma





# BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5

Cile 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL.3208393435  
BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co

Nombre Paciente: Sulys Maria Quintero Pineda

Empresa: \*\*PARTICULAR\*\*

Direccion: calle18#40-a26

Identificacion

1116774915

Codigo Unico Paciente:

658

Fecha Nacimiento:

25/04/1986

Página 1 de 1

| Ingreso Nro. | Sexo:    | Edad:                     | Estado Civil: | Nivel Educativo: | Ciudad:                        | Fecha Consulta      |
|--------------|----------|---------------------------|---------------|------------------|--------------------------------|---------------------|
| 39605        | Femenino | 37                        | Años          | Union Libre      | 1 - 5 (Basica Primaria) ARAUCA | 29/12/2023 15:35:03 |
| Objetivo:    | Ingreso  | E.P.S.:                   | NUEVA EPS     | A.R.L.:          | Cargo:                         | OPERARIO DE ASEO    |
| Contrato:    |          | Clasificacion del Riesgo: |               | Estrato:         | [1] - Bajo Bajo                |                     |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclicnicos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clinica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente resul

### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

### TRABAJOS ESPECIALES:

|                          |                           |
|--------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Alturas                   |
| <input type="checkbox"/> | Espacios Confinados       |
| <input type="checkbox"/> | Manipulacion de Alimentos |

### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoracion por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                                              |                                               |
|--------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> Continúa en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------|

## PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA

☒ Auditivo ☒ Visual ☐ CardioVascular ☒ Respiratorio ☒ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR

## DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Apto para el cargo.

## RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP, SEGUN I.M.C., Dieta, Ejercicio Regular, Valoracion Por Nutricion, PROGRAMAS DE PYP, Riesgo Psicolaboral, Riesgo Biomecanico, CONTROL DE PRESION ARTERIAL

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclicnico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(a) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclicnico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclicnico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoria brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomara BIOANALISIS IPS, para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

*[Firma manuscrita]*

Sulys Quintero



Tr Ec 2023-12-29 15:35

Vladimir Estrada - C.C. 19193874 / RM. Medico Especialista S.O.  
LIC 81.760

29/12/2023 15:35:20

Generado por SGM - TERRASOFT  
Nit: 74814574 B. www.terrasoft.co

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho



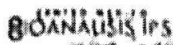
**BIOANALISIS IPS E.U.**  
**CUIDAMOS TU VIDA**  
**Nit: 900.232.628-5**



|                     |                             |                |                     |                        |          |
|---------------------|-----------------------------|----------------|---------------------|------------------------|----------|
| Nombre:             | SULYS MARIA QUINTERO PINEDA | SID : 95077    | Fecha de Recepcion: | 29/12/2023             | 07:03:44 |
| No. Identificacion: | 1116774915                  |                | Fecha de Impresion: | 29/12/2023 03:53:35 pm |          |
| Edad:               | 37 Años                     | Sexo: Femenino | Entidad:            | **PARTICULAR**         |          |
| Nro. Ordenamiento:  | 134619                      |                | Solicitante:        | A QUIEN CORRESPONDA    |          |

| Examen                                             | Resultado              | Unidad Medida | Valor Biologico de Referencia |
|----------------------------------------------------|------------------------|---------------|-------------------------------|
| 1. BHCg CUALITATIVA<br>Metodo: Inmunocromatografia | NEGATIVA A LA<br>FECHA |               |                               |

Valderrama Carlos Cesar S  
Bacteriologa - R M 1116790303



CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS EU

CL 15 13 08

8854450

Nit: 900232628-5

Regimen. RÉGIMEN ORDINARIO

Factura de Venta No

FVR26736

Restricción de facturación POS DIAN N° 1876405500012 desde el  
FVR35001 hasta la FVR35000 con vigencia desde el  
11/09/2023 hasta el 11/09/2024

Autorización por computador

CC 1116774915

Nombre Sulys Maria Quintero Pineda

Fecha 29/12/2023 16:02:00

Tel 3223737890

Direcc CL18 40 a26

Edad 37 años, 8 meses, 4 días

Practicado Por. MEDICINA OCUPACIONAL

Entidad Administradora PARTICULAR

| Codigo    | Concepto                                                    | Cant | Valor  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------|--------|
| 800262-10 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 1 00 | 36,000 |
| 904508-1  | BHCG CUALITATIVA O SEROLOGIA II                             | 1 00 | 17,000 |

www.avances.com.co

Son CINCUENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

|               |        |
|---------------|--------|
| Subtotal \$   | 53,000 |
| Iva \$        | 0      |
| Dcto \$       | 0      |
| Valor Neto \$ | 53,000 |

Tipo de pago EFECTIVO \$53000

Observaciones

CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS EU, A PARTIR DEL 24/05/2022 ES BENEFICIARIA DEL  
RÉGIMEN TRIBUTARIO ESPECIAL - ZESE ART 268 LEY 1955/2019 Y EL DEC. 2112 DEL 24/11/2019, POR TAL RAZÓN  
ABSTENERSE DE PRACTICAR RETENCION EN LA FUENTE.

FAVOR GIRAR CHEQUE A NOMBRE DE CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS E U O CONSIGNAR EN LAS CUENTAS  
CORRIENTES No. 215-003355-68 BANCO CAJA SOCIAL - o - No. 064017205  
BANCO BBVA, ENVIAR REPORTE DE PAGO AL CORREO contabilidad@bioanalisis.com.co

DVERA

Elaboró

Firma

Factura impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio

CENTRO MEDICO  
BIOANALISIS IPS  
CANCELA

CANCELADO

FECHA: 29/12/23

RECIBIDO:

**BIOANALISIS IPS E.U.**

Nit: 900232628-5

Cile 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL.3208393435  
BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.coNombre Paciente: Gissel Andrea Torres MartinezEmpresa: \*\*PARTICULAR\*\*Direccion: cl1#21-195lote1 mate venao

Identificacion

1116799633

Codigo Unico Paciente:

18543

Fecha Nacimiento:

04/10/1994

Página 1 de 1

| Ingreso Nro. | Sexo:    | Edad:                     | Estado Civil: | Nivel Educativo:        | Ciudad:         | Fecha Consulta      |
|--------------|----------|---------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------------|
| 39598        | Femenino | 29 Años                   | Soltero       | 10 - 11 (Media Tecnica) | ARAUCA          | 29/12/2023 11:31:54 |
| Objetivo:    | Ingreso  | E.P.S.:                   | NUEVA EPS     | A.R.L.:                 | Cargo:          | OPERARIO DE ASEO    |
| Contrato:    |          | Clasificacion del Riesgo: |               | Estrato:                | [1] - Bajo Bajo |                     |

**CONCEPTO DE APTITUD LABORAL**

Los Resultados de Paraclicinos y Valoracion del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

**CONCEPTO INGRESO:**

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

**TRABAJOS ESPECIALES:**

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulacion de Alimentos |  |

**CONCEPTO EGRESO:**

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoracion por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                          |                     |                          |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|

**PREVENCION EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA**☒ Auditivo ☒ Visual ☐ CardioVascular ☒ Respiratorio ☒ Ergonomico ☒ Dermatologia ☐ Otros**SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTOS**

Se Realizaron los siguientes examenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR.

**DESCRIPCION RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL**

Apto para el cargo..

**RESTRICCIONES**

Ninguna para el Cargo

**RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES**

GENERALES: Higiene Postural, Utilizacion EPP. SEGUN I.M.C.: Ejercicio Regular. PROGRAMAS DE PYP: Riesgo Psicolaboral, Riesgo Biomecanico.

Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclicino(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El(a) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclicino(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclicino(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tengo la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realice el(los) examen(es). Fué informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Gissel Andrea Torres M



CENTRO MEDICO BIOANALISIS IPS EU

CL 15 13 08  
8854450

Factura de Venta N°: **FVR26716**

Resolución de facturación POS DIAN N° 18764055869012 desde el  
FVR25001 hasta la FVR35000 con vigencia desde el  
11/09/2023 hasta el 11/09/2024

Nit:900232628-5

Regimen. RÉGIMEN ORDINARIO

Autorización por computador

CC : 1116799633      Nombre : GISEL ANDREA TORRES MARTINEZ      Fecha 28/12/2023 16:20:00  
Tel : 3228972325      Direcc : CL 1 21 195 LT 1      Edad: 29 años, 2 meses, 24 días  
Practicado Por: MEDICINA OCUPACIONAL      Entidad Administradora: PARTICULAR

| Codigo    | Concepto                                                    | Cant | Valor  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------|--------|
| 890262-10 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 1.00 | 36,000 |
| 904508-1  | BHCG CUALITATIVA O SEROLOGIA II                             | 1.00 | 17,000 |

www.avances.com.co

Son: CINCUENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

Tipo de pago: EFECTIVO \$53000

|               |        |
|---------------|--------|
| Subtotal \$   | 53,000 |
| Iva \$        | 0      |
| Dcto \$       | 0      |
| Valor Neto \$ | 53,000 |

DVERA

Elaboró

Firma

Factura Impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

CENTRO MEDICO  
BIOANALISIS IPS  
CANCELA  
FECHA: 28-12-2023  
RECIBIDO: Bm by





**BIOANALISIS IPS E.U.**  
**CUIDAMOS TU VIDA**  
**Nit: 900.232.628-5**



|                     |                               |                |                     |                     |             |
|---------------------|-------------------------------|----------------|---------------------|---------------------|-------------|
| Nombre:             | GISSEL ANDREA TORRES MARTINEZ | SID : 95073    | Fecha de Recepcion: | 28/12/2023          | 15:17:17    |
| No. Identificacion: | 1116799633                    |                | Fecha de Impresion: | 29/12/2023          | 12:00:41 pm |
| Edad:               | 29 Años                       | Sexo: Femenino | Entidad:            | **PARTICULAR**      |             |
| Nro. Ordenamiento:  | 134612                        |                | Solicitante:        | A QUIEN CORRESPONDA |             |

| Examen                                             | Resultado           | Unidad Medida | Valor Biologico de Referencia |
|----------------------------------------------------|---------------------|---------------|-------------------------------|
| 1. BHCG CUALITATIVA<br>Metodo: Inmunocromatografia | NEGATIVO A LA FECHA |               |                               |

  
Validado: JAMER ELISEO  
LABORATORIO DE  
BACTERIOLOGO - R.M 1116792078

### CONCEPTO DE APTITUD

Paciente: MATILDE MARITZA VANEGAS BLANCO  
Sexo: F Fecha de Nacimiento: 1985-01-28 Edad: 38 A  
Dirección  
Empresa: INDEPENDIENTE  
Empresa en misión: INDEPENDIENTE  
Actividad económica:  
Talla (mts): 1.45 Peso (kg): 69.0 IMC: 32.82 Grupo Sanguíneo: O +

Identificación: CC 68299406

Teléfono: 3202759931



#### EVALUACION OCUPACIONAL REALIZADA

##### EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

Orden No.: 0041447

Fecha apertura: 20240102 07:48:17

Fecha cierre: 20240102 08:37:06

Realizado en: Arauca - Arauca

Cargo u Oficio: SERVICIOS GENERALES

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2344 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos, exámenes o valoraciones clínicas o paraclinicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para las fines legales pertinentes.

#### EXAMENES REALIZADOS

##### EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

##### RECOMENDACIONES LABORALES

-EPP: Utilización de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.  
-OSTEOMUSCULAR: pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.  
-VISUAL: Educación en higiene visual, Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.

##### MANEJO POR ARI

NO

##### HABITOS Y ESTILOS DE VIDA

-Dieta control de peso.  
-Ejercicio regular 3 veces/semana.  
-Hábitos nutricionales saludables.

##### INCLUIR EN PVE

Movimientos repetitivos.  
Posturas forzadas.

#### RESTRICCIONES LABORALES

N

**CONCEPTO DE APTITUD:** SIN RESTRICCIÓN PARA EL CARGO

Pedro Nel Serna Céspedes  
Medico Ocupacional  
C.O. 81-1385

Firma del medico especialista en Salud Ocupacional

Nombre: PEDRO NEL SERNA CESPEDES

Especialidad: Med. Especialista en Salud Ocupacional

Licencia S.O.: 81-1385 Registro No.: 10313

Firma del Paciente

Tipo y No. Id: CC 68299406

**RECIBO DE PAGO No. 2915**

**FECHA EXP. 20240102 07:59:44**

Generado desde el sistema SIGSO / Promosalud WEB S.A.S. NIT.900745813-4

**FORMA DE PAGO: EFECTIVO**

**BANCO: NINGUNO**

**Estado: Realizado**

| No.<br>FACTURA                         | EMPRESA                        | VALOR<br>PAGO    | VALOR<br>RETENCION | VALOR<br>SOBRETASA | VALOR<br>RETEICA | VALOR<br>RETEIVA | VALOR<br>OTROS |
|----------------------------------------|--------------------------------|------------------|--------------------|--------------------|------------------|------------------|----------------|
| 3686                                   | MATILDE MARITZA VANEGAS BLANCO | 40000.0          | 0.0                | 0.0                | 0.0              | 0.0              | 0.0            |
| <b>SUMATORIA ==&gt;</b>                |                                | <b>40,000.00</b> | <b>0.00</b>        | <b>0.00</b>        | <b>0.00</b>      | <b>0.00</b>      | <b>0.00</b>    |
| <b>TOTAL DEL RECIBO DE PAGO ==&gt;</b> |                                | <b>40,000.00</b> |                    |                    |                  |                  |                |

**OBSERVACION:**

\_\_\_\_\_  
 GENERADO POR

\_\_\_\_\_  
 REVISADO POR

\_\_\_\_\_  
 AUTORIZADO

\_\_\_\_\_  
 CONTABILIZADO POR



Impreso con MedSystem  
CARRERA 11 # 15 - 52 BARRIO 20 DE JULIO, Tame, Arauca  
Tel: 312 3047448  
CC: 900132686

## Certificado de Aptitud Laboral

900132686 - Pacientes Particulares - Lasar Asociados SAS

**Paciente** ORFA ZULEYMA VARGAS AVILA  
**CC** 1007940268  
**Edad** 22 años y 2 meses  
**Ocupación** SERVICIOS GENERALES  
**Examen** Ingreso  
vie., 29 de dic. 2023  
Osteomuscular



## Servicios realizados

 Ocupacional

## Pruebas de Laboratorio

SEROLOGIA TIPO II

## Concepto

### Tipo de Concepto

Sin restricción para el cargo ▾

**Énfasis del examen:** Osteomuscular

**Generación:** vie., 29 de dic. 2023

### Observaciones y/o recomendaciones

SE REALIZA EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR, VALORAN LBS ( SEROLOGIA )  
RECOMENDACIONES MEDICAS

- \*remisión a eps: SI
- \*continuar tratamiento medico: no
- \*atención por ARL: no
- \*NUTRICION
- \*MEDICINA INTERNA - MANEJO OBESIDAD

### RECOMENDACIONES LABORALES:

- \*uso de EPP de acuerdo al cargo
- \*osteomuscular: pausas activas, ejercicio de estiramiento y posturas adecuadas
- \*visual: educación e higiene visual, uso de protección visual según tipo de exposición, adecuada iluminación el puesto de trabajo, pausa activa visual
- \*calistenia al día
- \* manejo seguro de cargas
- \*Evitar levantar mas de 12.5 kg

### MANEJO POR EPS:

Control de promoción y mantenimiento de la salud por eps

### HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLE:

- \* dieta control de peso
- \*ejercicio regular 3 veces /semana

PVE: METABOLICO

Hacemos constar que hemos realizado examen médico ocupacional al trabajador y de acuerdo a la Resolución 2346 de 2007 y la Resolución 1918 de 2009, la custodia y reserva de la historia clínica ocupacional y, en general, los documentos valoraciones clínicas o paraclínicas que allí reposen son estrictamente confidenciales y será responsabilidad de nuestra institución. Esta estará disponible para los fines legales pertinentes.

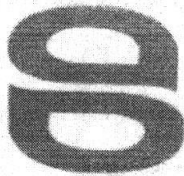


**XIMENA LIZETH RUEDA ROZO**

CC: 1095815317

SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

RETHUS 18/11/2020 - 79826



# BIOANALISIS IPS E.U.

Nit: 900232628-5

Calle 15 N 13-08 ARAUCA. PBX: 0978854450 - CEL.3208393435  
BARRIO AMERICAS - www.bioanalisis.com.co

Nombre Paciente: Yajaira Vega Malpica

Empresa: \*\*PARTICULAR\*\*

Direccion: calle17 lote 183

Identificacion

33481142

Codigo Unico Paciente:

7664

Fecha Nacimiento:

23/10/1984

Página 1 de 1

| Ingreso Nro. | Sexo:    | Edad:                     | Estado Civil: | Nivel Educativo:        | Ciudad:         | Fecha Consulta      |
|--------------|----------|---------------------------|---------------|-------------------------|-----------------|---------------------|
| 39604        | Femenino | 39 Años                   | Soltero       | 10 - 11 (Media Tecnica) | ARAUCA          | 29/12/2023 15:22:15 |
| Objetivo:    | Ingreso  | E.P.S.:                   | NUEVA EPS     | A.R.L.:                 | Cargo:          | OPERARIO DE ASEO    |
| Contrato:    |          | Clasificacion del Riesgo: |               | Estrato:                | [1] - Bajo Bajo |                     |

## CONCEPTO DE APTITUD LABORAL

Los Resultados de Paraclínicos y Valoración del Paciente fueron consignados en una Historia Clínica Ocupacional que reposa en los archivos de Salud Ocupacional de la IPS. Y se obtuvo el siguiente result

### CONCEPTO INGRESO:

|                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | APTO para el Cargo    |
| <input type="checkbox"/>            | No APTO para el Cargo |
| <input type="checkbox"/>            | Aplazado              |

### TRABAJO ESPECIALES:

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Alturas                   |  |
| Espacios Confinados       |  |
| Manipulación de Alimentos |  |

### CONCEPTO EGRESO:

|                          |                                                                 |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Satisfactoria                                                   |
| <input type="checkbox"/> | No Satisfactoria                                                |
| Valoración por:          | E.P.S. <input type="checkbox"/> A.R.L. <input type="checkbox"/> |

|                          |                                                   |                          |                     |                          |                      |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | PERIODICO, CAMBIO DE OCUPACION O POST-INCAPACIDAD | <input type="checkbox"/> | Reubicar Trabajador | <input type="checkbox"/> | Continua en el Cargo |
|--------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|----------------------|

## PREVENCIÓN EN RIESGO LABORALES - VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

☒ Auditivo ☒ Visual ☐ CardioVascular ☒ Respiratorio ☒ Ergonomico ☐ Dermatologia ☐ Otros

## SE REALIZARON LOS SIGUIENTES EXÁMENES Y/O PROCEDIMIENTOS

Se Realizaron los siguientes exámenes: EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR I.

## DESCRIPCIÓN RESULTADOS DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

Clinicamente no Presenta Ninguna Alteración de la Salud.

## RESTRICCIONES

Ninguna para el Cargo

## RECOMENDACIONES Y OBSERVACIONES

GENERALES: Higiene Postural, Utilización EPP. SEGUN I.M.C.: Dieta, Ejercicio Regular, Valoración Por Nutrición. PROGRAMAS DE PYP: Salud Visual, Riesgo Cardiovascular, Riesgo Psicolaboral, Riesgo Biomecánico.

Autorizo al (a) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mi el examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el (los) examen(es). Fui informado de las medidas que tomará BIOANALISIS IPS. Para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este(s) examen(es) están completas y son verídicas. Autorizo a BIOANALISIS IPS, para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Programa de Salud Ocupacional y para las situaciones contempladas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

*[Firma]*

Yajaira Vega Malpica



Pr Dec 2023 12/29/2023 15:22:15

Vladimiro Estrada - C.C. 18193674 / RM: Médico Especialista S.O.  
Lic 81.768

29/12/2023 16:22:36

Generado por SGM - TERRASOFT  
Nit: 94914574-9. www.terrasoft.co

29/12/2023 16:22:36

Firma y Huella del Paciente o Responsable

Indice Derecho



CL 15 13 08

8854450

Resolución de facturación POS DIAN N° 18764055869012 desde el  
FVR25001 hasta la FVR35000 con vigencia desde el  
11/09/2023 hasta el 11/09/2024

Nit: 900232628-5

Regimen. RÉGIMEN ORDINARIO

Autorización por computador

CC : 33481142

Nombre : Yajaira Vega Malpica

Fecha 28/12/2023 15:48:00

Tel : 3108881404

Direcc : CL12 5 39

Edad: 39 años, 2 meses, 5 días

Practicado Por: MEDICINA OCUPACIONAL

Entidad Administradora: PARTICULAR

| Codigo    | Concepto                                                    | Cant | Valor  |
|-----------|-------------------------------------------------------------|------|--------|
| 890262-10 | EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL INGRESO CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR | 1.00 | 36,000 |
| 904508-1  | BHCG CUALITATIVA O SEROLOGIA II                             | 1.00 | 17,000 |

www.avances.com.co

Son: CINCUENTA Y TRES MIL PESOS M/CTE

Subtotal \$ 53,000

Iva \$ 0

Dcto \$ 0

Valor Neto \$ 53,000

Tipo de pago: EFECTIVO \$53000

DVERA

Elaboró

Firma

Factura Impresa por Computador Art. 617 del E.T. Esta Factura cambiaria de compra-venta se asimila en todos sus efectos a la letra de cambio.

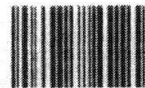
CENTRO MEDICO  
BIOANALISIS IPS  
*calidad en salud*  
**CANCELADO**  
FECHA: 28-12-2023  
RECIBIDO: *Bnuker*



**BIOANALISIS IPS E.U.**

**CUIDAMOS TU VIDA**

**Nit: 900.232.628-5**



Nombre: YAJAIRA VEGA MALPICA SID : 95076

Fecha de Recepcion: 28/12/2023 15:31:23

No. Identificacion: 33481142

Fecha de Impresion: 29/12/2023 04:01:02 pm

Edad: 39 Años Sexo: Femenino

Entidad: \*\*PARTICULAR\*\*

Nro. Ordenamiento: 134617

Solicitante: A QUIEN CORRESPONDA

**Examen**

**Resultado**

**Unidad Medida**

**Valor Biologico de Referencia**

**1. BHCG CUALITATIVA**

**NEGATIVO A LA FECHA**

**Metodo: Inmunocromatografia**

  
Javier Eliseo  
BACTERIOLOGO - R.M 1116792076



SERVIASEO S.A.  
NIT : 860,067,479 - 2  
CRA 54 No 17-71  
2602200 -  
BOGOTA - COLOMBIA

REMISION  
S - 001 - 10372

Señores SENA CENTRO GESTION Y DESARROLLO INDUSTRIAL ARAUCA  
NIT 899,999,034 - 1      Teléfono 6015461500      C.C - S.C 724 - 1  
Dirección CRA 20 No. 28 163 ARAUCA      Ciudad ARAUCA - COLOMBIA

Fecha Comprobante  
2024-01-03

| CodigoDelProducto | Descripción                                 | ReferenciaDeFabrica | Cantidad |
|-------------------|---------------------------------------------|---------------------|----------|
| 0200002000182     | DOSPIEZAS SIN CUELLO ANTIFLUIDO AZUL OSCURO | * UNIDAD            | 18       |
| 0200002000300     | ZAPATO SUECO EVA F.C. ESPECIAL DAMA         | * PR                | 9        |
| 0200003000008     | DOS PIEZAS DRIL KAKY CABALLEROS             | * UD                | 4        |
| 0200003000049     | BOTA DIELECTRICA PUNTERA F.C. ESPECIAL      | * PR                | 2        |

OBSERVACIONES

TALLA 10 (4) , 12 (4), 14 (4), 6 (4)  
ZAPATOS 35 (2) , 36 (2), 37 (1), 38 (4)  
OVEROL 32 (4)  
BOTAS 39 (1) 40 (1)

**SERVIASEO S.A.**

NIT. 860.087.479-2

---

**ENTREGA DE DOTACIÓN****EMPRESA SERVIASEO S.A**

---

| NOMBRE OPERARIO               | CAMISAS | PANTALON | BOTAS | GUANTES CAUCHO | GUANTES PRESICIÓN | FIRMA DEL OPERARIO |
|-------------------------------|---------|----------|-------|----------------|-------------------|--------------------|
| JESSICA PAOLA GUZMAN VEGA     | SI      | SI       | NO    | NO             | NO                | Jessica 602        |
| NELLY AIDE JIMENEZ            | SI      | SI       | NO    | NO             | NO                | Nelly Aide         |
| JHOEL FABIAN QUINTERO CAMARGO | SI      | SI       | SI    | NO             | NO                | Jhoel Fabian       |

FIRMA DE QUIEN ENTREGO LA DOTACIÓN





SERVIASEO S.A.  
NIT : 860,067,479 - 2  
CRA 54 No 17-71  
2602200 -  
BOGOTA - COLOMBIA

REMISION

S - 001 - 10362

Señores SENA SEDE SARAVERA ARAUCA

NIT 899,999,034 - 1

Dirección CARRERA 16 A 28 11 SARAVERA ARAUCA

Teléfono 6015461500 C.C - S.C 724 - 7

Ciudad SARAVERA - COLOMBIA

Fecha Comprobante

2024-01-03

| CodigoDelProducto | Descripción                                            | ReferenciaDeFabrica | Cantidad |
|-------------------|--------------------------------------------------------|---------------------|----------|
| 0200002000182     | DOS PIEZAS SIN CUELLO ANTI FLUIDO AZUL OSCURO * UNIDAD |                     | 6        |
| 0200002000300     | ZAPATO SUECO EVA F.C. ESPECIAL DAMA * PR               |                     | 3        |
| 0200003000008     | DOS PIEZAS DRIL KAKY CABALLEROS * UD                   |                     | 2        |
| 0200003000049     | BOTA DIELECTRICA PUNTERA F.C. ESPECIAL * PR            |                     | 1        |

OBSERVACIONES

TALLA 8 (2), 10 (4)

ZAPATOS 36 (2), 38 (1)

OVEROL 34 (2) BOTAS 40 (1)

Doralba James C.C. 1098606798  
Miley Rosendo C.C. 1007676115  
Nubia Jimenez C.C. 27738168  
Albeiro Anza C.C. 100719107

Claudia  
Elaborado por

Revisado por

Recibido por

Página : 1 de 1



SERVIASEO S.A.  
NIT : 800,067,479 - 2  
CRA 54 No 17-71  
2602200 -  
BOGOTA - COLOMBIA

REMISION  
B - 001 - 10365

Señores SENA SEDE TAME ARAUCA  
NIT 899,999,034 - 1  
Dirección CALLE 15 37 97 TAME

Teléfono 6015461500 C.C - S.C 724 - 5  
Ciudad TAME - COLOMBIA

Fecha Comprobante  
2024-01-03

| CodigoDelProducto | Descripción                                           | ReferenciaDeFabrica | Cantidad |
|-------------------|-------------------------------------------------------|---------------------|----------|
| 0200002000182     | DOS PIEZAS SIN CUELLO ANTIFLUIDO AZUL OSCURO * UNIDAD |                     | 8 ✓      |
| 0200002000300     | ZAPATO SUECO EVA F.C. ESPECIAL DAMA * PR              |                     | 3 ✓      |
| 0200003000008     | DOS PIEZAS DRIL KAKY CABALLEROS * UD                  |                     | 2 ✓      |
| 0200003000049     | BOTA DIELECTRICA PUNTERA F.C. ESPECIAL * PR           |                     | 1 ✓      |

OBSERVACIONES

TALLA 10 (4), 18 (2)  
ZAPATOS 37 (2), 39 (1)  
OVEROL 32 (2)  
BOTAS 38 (1)

Yuliana Castellano S

CC: 1122653785

Sandra Bernal

CC: 40272036

Olga Vargas

CC 1007940268

Niver Rubio

CC. 1118552005

Claudia  
Elaborado por

Revisado por

Recibido por

Página : 1 r



# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                            |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |           |
|--------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|--|-----------------------|------------------------|--------|--------|-----------|
| ARIZA BERNAL ALBEIRO ALEXIS                |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |           |
| C.C: 1007191107                            |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |           |
| CARGO: OPERARIO DE MANTENIMIENTO           |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE SARAVERA |                 |       |        |             |  |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024             |                 |       |        |             |  |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |        |        |           |
|                                            |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |           |
| DEVENGOS                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |  | DEDUCCIONES           |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |  | 72                    | Aporte Salud           | 55.200 | NVAEPS | 0         |
| 3                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |  | 73                    | Aporte Pension         | 55.200 | PORVEN | 0         |
| 26                                         | Bonificación    | 30,00 | 0      | 80.000      |  |                       |                        |        |        |           |
| TOTAL DEVENGOS:                            |                 |       |        | \$1.542.000 |  | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        |        |        | \$110.400 |
| TOTAL A PAGAR:                             |                 |       |        | \$1.431.600 |  | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |        |        |           |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
|----------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|--------|--------|-------|
| BERNAL CANDIL SANDRA PATRICIA          |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| C.C: 40272036                          |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS         |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE TAME |                 |             |        |           |                       |             | F. INICIAL: 2024-03-01 |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024         |                 |             |        |           |                       |             | F. FINAL: 2024-03-30   |        |        |       |
|                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| DEVENGOS                               |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                      | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72          | Aporte Salud           | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                      | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73          | Aporte Pension         | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                        |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |             | \$104.000              |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                         |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |             |                        |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|------------------|---------------|--------------|
| <b>BOLAÑOS ALDANA YARLIT</b>                                               |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| C.C: 68293475                                                              |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |               |                    |                              | F. INICIAL: 2024-03-01    |                |                  |               |              |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |             |               |                    |                              | F. FINAL: 2024-03-30      |                |                  |               |              |
| <b>DEVENGOS</b>                                                            |                 | <b>UNID</b> | <b>IDENT.</b> | <b>VALOR</b>       |                              | <b>DEDUCCIONES</b>        |                | <b>VALOR</b>     | <b>IDENT.</b> | <b>SALDO</b> |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0             | 1.300.000          |                              | 72                        | Aporte Salud   | 52.000           | NVAEPS        | 0            |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0             | 162.000            |                              | 73                        | Aporte Pension | 52.000           | 25-14         | 0            |
| <b>TOTAL DEVENGOS:</b>                                                     |                 |             |               | <b>\$1.462.000</b> |                              | <b>TOTAL DEDUCCIONES:</b> |                | <b>\$104.000</b> |               |              |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b>                                                      |                 |             |               | <b>\$1.358.000</b> | <b>FIRMA EMPLEADO:</b> _____ |                           |                |                  |               |              |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                     |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|--------|--------|-------|
| CAMACHO MOGICA MARIA ESTELLA                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| C.C: 68296147                                       |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                      |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA ESCUELA DE GASTRONOMIA |                 |             |        |           |                       |             | F. INICIAL: 2024-03-01 |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                      |                 |             |        |           |                       |             | F. FINAL: 2024-03-30   |        |        |       |
|                                                     |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| DEVENGOS                                            |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                   | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72          | Aporte Salud           | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                   | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73          | Aporte Pension         | 52.000 | PROTEC | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                     |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |             | \$104.000              |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                      |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |             |                        |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |               |                    |  |                              |                |                  |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|--|------------------------------|----------------|------------------|---------------|--------------|
| <b>CASTAÑO GIRALDO LEONARDO</b>                                            |                 |             |               |                    |  |                              |                |                  |               |              |
| C.C: 17584883                                                              |                 |             |               |                    |  |                              |                |                  |               |              |
| CARGO: OPERARIO DE MANTENIMIENTO                                           |                 |             |               |                    |  |                              |                |                  |               |              |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |               |                    |  | F. INICIAL: 2024-03-01       |                |                  |               |              |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |             |               |                    |  | F. FINAL: 2024-03-30         |                |                  |               |              |
| <b>DEVENGOS</b>                                                            |                 | <b>UNID</b> | <b>IDENT.</b> | <b>VALOR</b>       |  | <b>DEDUCCIONES</b>           |                | <b>VALOR</b>     | <b>IDENT.</b> | <b>SALDO</b> |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0             | 1.300.000          |  | 72                           | Aporte Salud   | 55.200           | NVAEPS        | 0            |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0             | 162.000            |  | 73                           | Aporte Pension | 55.200           | PORVEN        | 0            |
| 26                                                                         | Bonificación    | 30,00       | 0             | 80.000             |  |                              |                |                  |               |              |
| <b>TOTAL DEVENGOS:</b>                                                     |                 |             |               | <b>\$1.542.000</b> |  | <b>TOTAL DEDUCCIONES:</b>    |                | <b>\$110.400</b> |               |              |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b>                                                      |                 |             |               | <b>\$1.431.600</b> |  | <b>FIRMA EMPLEADO:</b> _____ |                |                  |               |              |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                        |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|----------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| CASTELLANOS PAEZ INGRITH YULIANA       |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 1122653785                        |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS         |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE TAME |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024         |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |       |
|                                        |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| DEVENGOS                               |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                      | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                      | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PROTEC | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                        |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                         |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |



# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|--|------------------------|----------------|--------|--------|-----------|
| CEDEÑO TORRES BRAULIO ANDRES                                               |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| C.C: 1116801512                                                            |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| CARGO: COORDINADOR (A)                                                     |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |  | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |       |        |             |  | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |           |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |  | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |  | 72                     | Aporte Salud   | 59.200 | NVAEPS | 0         |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |  | 73                     | Aporte Pension | 59.200 | PORVEN | 0         |
| 26                                                                         | Bonificación    | 30,00 | 0      | 180.000     |  |                        |                |        |        |           |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.642.000 |  | TOTAL DEDUCCIONES:     |                |        |        | \$118.400 |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.523.600 |  | FIRMA EMPLEADO: _____  |                |        |        |           |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| CESPEDES PIÑEROS AYDEE FABIOLA                                             |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 52104300                                                              |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | SANITA | 0     |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | 25-14  | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|------------------|---------------|--------------|
| <b>GARCIA LOPEZ LINA MARIA</b>                                             |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| C.C: 1116802109                                                            |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |               |                    |                              | F. INICIAL: 2024-03-01    |                |                  |               |              |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |             |               |                    |                              | F. FINAL: 2024-03-30      |                |                  |               |              |
| <b>DEVENGOS</b>                                                            |                 | <b>UNID</b> | <b>IDENT.</b> | <b>VALOR</b>       |                              | <b>DEDUCCIONES</b>        |                | <b>VALOR</b>     | <b>IDENT.</b> | <b>SALDO</b> |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0             | 1.300.000          |                              | 72                        | Aporte Salud   | 52.000           | NVAEPS        | 0            |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0             | 162.000            |                              | 73                        | Aporte Pension | 52.000           | PORVEN        | 0            |
| <b>TOTAL DEVENGOS:</b>                                                     |                 |             |               | <b>\$1.462.000</b> |                              | <b>TOTAL DEDUCCIONES:</b> |                | <b>\$104.000</b> |               |              |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b>                                                      |                 |             |               | <b>\$1.358.000</b> | <b>FIRMA EMPLEADO:</b> _____ |                           |                |                  |               |              |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                  |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|--------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| GUZMAN VEGA JESSICA PAOLA                        |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 1007191716                                  |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                   |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA GRANJA EL ALCARAVAN |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                   |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |       |
|                                                  |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                         |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PROTEC | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                  |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                   |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-----------|
| JAIMES GAMBOA ANYELA VIVIANA                                               |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| C.C: 1116801306                                                            |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |       |        |             |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |           |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | COOSAL | 0         |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0         |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.462.000 |                       | TOTAL DEDUCCIONES:     |                |        |        | \$104.000 |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.358.000 | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |           |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                            |                 |             |               |                    |                              |                           |                |              |               |                  |
|--------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|--------------|---------------|------------------|
| <b>JAIMES MANCIPE DORALBA</b>              |                 |             |               |                    |                              |                           |                |              |               |                  |
| C.C: 1098606798                            |                 |             |               |                    |                              |                           |                |              |               |                  |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS             |                 |             |               |                    |                              |                           |                |              |               |                  |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE SARAVERA |                 |             |               |                    |                              | F. INICIAL: 2024-03-01    |                |              |               |                  |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024             |                 |             |               |                    |                              | F. FINAL: 2024-03-30      |                |              |               |                  |
|                                            |                 |             |               |                    |                              |                           |                |              |               |                  |
| <b>DEVENGOS</b>                            |                 | <b>UNID</b> | <b>IDENT.</b> | <b>VALOR</b>       |                              | <b>DEDUCCIONES</b>        |                | <b>VALOR</b> | <b>IDENT.</b> | <b>SALDO</b>     |
| 1                                          | Sueldo          | 30,00       | 0             | 1.300.000          |                              | 72                        | Aporte Salud   | 52.000       | COOSAL        | 0                |
| 3                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0             | 162.000            |                              | 73                        | Aporte Pension | 52.000       | PROTEC        | 0                |
| <b>TOTAL DEVENGOS:</b>                     |                 |             |               | <b>\$1.462.000</b> |                              | <b>TOTAL DEDUCCIONES:</b> |                |              |               | <b>\$104.000</b> |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b>                      |                 |             |               | <b>\$1.358.000</b> | <b>FIRMA EMPLEADO:</b> _____ |                           |                |              |               |                  |



# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                  |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|--------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| JIMENEZ GALVIS NELLY AHYDE                       |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 68293418                                    |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                   |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA GRANJA EL ALCARAVAN |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                   |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |       |
|                                                  |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                         |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                  |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                   |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|--------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| JIMENEZ RINCON NUBIA                       |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 27738168                              |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS             |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE SARAVERA |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024             |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |       |
|                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                   |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                          | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | COOSAL | 0     |
| 3                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                            |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                             |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                            |                 |                         |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|--------------------------------------------|-----------------|-------------------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| LASCARRO CACUA MARLEY ANYELINA             |                 |                         |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C:                                       |                 | 1007646415              |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO:                                     |                 | OPERARIO OFICIOS VARIOS |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE SARAVERA |                 |                         |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024             |                 |                         |        |           |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |       |
|                                            |                 |                         |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                   |                 | UNID                    | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                          | Sueldo          | 30,00                   | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                          | Aux. Transporte | 30,00                   | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                            |                 | \$1.462.000             |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                             |                 | \$1.358.000             |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|--|------------------------|----------------|--------|--------|-----------|
| ORTIZ VERGEL SAMIR FERNANDO                                                |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| C.C: 17596206                                                              |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |  | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |       |        |             |  | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |           |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |  | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |  | 72                     | Aporte Salud   | 55.200 | COOSAL | 0         |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |  | 73                     | Aporte Pension | 55.200 | PROTEC | 0         |
| 26                                                                         | Bonificación    | 30,00 | 0      | 80.000      |  |                        |                |        |        |           |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.542.000 |  | TOTAL DEDUCCIONES:     |                |        |        | \$110.400 |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.431.600 |  | FIRMA EMPLEADO: _____  |                |        |        |           |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                        |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |          |
|----------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|--|-----------------------|------------------------|--------|--------|----------|
| OSORIO CORDERO ISAI                    |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |          |
| C.C: 96125437                          |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |          |
| CARGO: OPERARIO DE MANTENIMIENTO       |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |          |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE TAME |                 |       |        |             |  |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |        |        |          |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024         |                 |       |        |             |  |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |        |        |          |
|                                        |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |          |
| DEVENGOS                               |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |  | DEDUCCIONES           |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO    |
| 1                                      | Sueldo          | 26,00 | 0      | 1.126.667   |  | 72                    | Aporte Salud           | 47.840 | NVAEPS | 0        |
| 3                                      | Aux. Transporte | 26,00 | 0      | 140.400     |  | 73                    | Aporte Pension         | 47.840 | PORVEN | 0        |
| 26                                     | Bonificación    | 26,00 | 0      | 69.333      |  |                       |                        |        |        |          |
| 70                                     | Otros Ajustes   | 0,00  | 0      | 38.000      |  |                       |                        |        |        |          |
| TOTAL DEVENGOS:                        |                 |       |        | \$1.374.400 |  | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        |        |        | \$95.680 |
| TOTAL A PAGAR:                         |                 |       |        | \$1.278.720 |  | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |        |        |          |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| PELAYO PARADA DENY MARITZA                                                 |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 68297233                                                              |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                  |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
|--------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|--------|--------|-------|
| QUINTERO CAMARGO JHOEL FABIAN                    |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| C.C: 1076621510                                  |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO DE MANTENIMIENTO                 |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA GRANJA EL ALCARAVAN |                 |             |        |           |                       |             | F. INICIAL: 2024-03-01 |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                   |                 |             |        |           |                       |             | F. FINAL: 2024-03-30   |        |        |       |
|                                                  |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| DEVENGOS                                         |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72          | Aporte Salud           | 55.200 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73          | Aporte Pension         | 55.200 | PORVEN | 0     |
| 26                                               | Bonificación    | 30,00       | 0      | 80.000    |                       |             |                        |        |        |       |
| TOTAL DEVENGOS:                                  |                 | \$1.542.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |             | \$110.400              |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                   |                 | \$1.431.600 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |             |                        |        |        |       |



# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
|--------------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|--------|--------|-------|
| QUINTERO PINEDA SULYS MARIA                            |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| C.C: 1116774915                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                         |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA AGENCIA PUBLICA DE EMPLEO |                 |             |        |           |                       |             | F. INICIAL: 2024-03-01 |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                         |                 |             |        |           |                       |             | F. FINAL: 2024-03-30   |        |        |       |
|                                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| DEVENGOS                                               |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                      | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72          | Aporte Salud           | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                      | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73          | Aporte Pension         | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                        |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |             | \$104.000              |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                         |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |             |                        |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| TORRES MARTINEZ GISSEL ANDREA                                              |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 1116799633                                                            |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |       |        |             |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.462.000 | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.358.000 | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| VANEGAS BLANCO MATILDE MARITZA                                             |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 68299406                                                              |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |       |        |             |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | SANITA | 0     |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.462.000 | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.358.000 | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                        |                 |             |               |                    |                              |                           |                |              |               |                  |
|----------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|--------------|---------------|------------------|
| <b>VARGAS AVILA ORFA ZULEIMA</b>       |                 |             |               |                    |                              |                           |                |              |               |                  |
| C.C: 1007940268                        |                 |             |               |                    |                              |                           |                |              |               |                  |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS         |                 |             |               |                    |                              |                           |                |              |               |                  |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE TAME |                 |             |               |                    |                              | F. INICIAL: 2024-03-01    |                |              |               |                  |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024         |                 |             |               |                    |                              | F. FINAL: 2024-03-30      |                |              |               |                  |
|                                        |                 |             |               |                    |                              |                           |                |              |               |                  |
| <b>DEVENGOS</b>                        |                 | <b>UNID</b> | <b>IDENT.</b> | <b>VALOR</b>       |                              | <b>DEDUCCIONES</b>        |                | <b>VALOR</b> | <b>IDENT.</b> | <b>SALDO</b>     |
| 1                                      | Sueldo          | 30,00       | 0             | 1.300.000          |                              | 72                        | Aporte Salud   | 52.000       | SANITA        | 0                |
| 3                                      | Aux. Transporte | 30,00       | 0             | 162.000            |                              | 73                        | Aporte Pension | 52.000       | PORVEN        | 0                |
| <b>TOTAL DEVENGOS:</b>                 |                 |             |               | <b>\$1.462.000</b> |                              | <b>TOTAL DEDUCCIONES:</b> |                |              |               | <b>\$104.000</b> |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b>                  |                 |             |               | <b>\$1.358.000</b> | <b>FIRMA EMPLEADO:</b> _____ |                           |                |              |               |                  |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| VEGA MALPICA YAJAIRA                                                       |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 33481142                                                              |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-03-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA MARZO 2024                                             |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-03-30   |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

Se certifica que ALBEIRO ALEXIS ARIZA BERNAL identificado(a) con CC 1007191107 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770           | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$220,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$14,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que SANDRA PATRICIA BERNAL CANDIL identificado(a) con CC 40272036 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que YARLIT BOLAÑOS ALDANA identificado(a) con CC 68293475 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | COLPENSIONES   |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que MARIA ESTELLA CAMACHO MOGICA identificado(a) con CC 68296147 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770           | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PROTECCION          |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que LEONARDO CASTAÑO GIRALDO identificado(a) con CC 17584883 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$220,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$14,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que INGRITH YULIANA CASTELLANOS PAEZ identificado(a) con CC 1122653785 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770           | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PROTECCION          |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que BRAULIO ANDRES CEDEÑO TORRES identificado(a) con CC 1116801512 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,480,000 |     |     |     |     | \$236,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,480,000 |     |     |     |     | \$15,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,480,000 |     |     |     |     | \$59,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,480,000 |     |     |     |     | \$59,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que AYDEE FABIOLA CESPEDES PIÑEROS identificado(a) con CC 52104300 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | COLPENSIONES   |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | SANITAS        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que LINA MARIA GARCIA LOPEZ identificado(a) con CC 1116802109 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**SERVIASEO S.A. NI 860067479**

| Periodo |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pensión | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp        | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03 | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo  |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que JESSICA PAOLA GUZMAN VEGA identificado(a) con CC 1007191716 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770           | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PROTECCION          |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que ANYELA VIVIANA JAIMES GAMBOA identificado(a) con CC 1116801306 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                    |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|--------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave              |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago               | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770          | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora     |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR           |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP      |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR            |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | COOSALUD MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que DORALBA JAIMES MANCIPE identificado(a) con CC 1098606798 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**SERVIASEO S.A. NI 860067479**

| Periodo |         | Clave              |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|---------|--------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pensión | Salud   | Pago               | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp        | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03 | 2024-04 | 562270770          | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo  |         | Administradora     |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | PROTECCION         |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP      |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR            |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | COOSALUD MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que NELLY AHYDE JIMENEZ GALVIS identificado(a) con CC 68293418 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**SERVIASEO S.A. NI 860067479**

| Periodo |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pensión | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp        | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03 | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo  |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que NUBIA JIMENEZ RINCON identificado(a) con CC 27738168 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                    |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|--------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave              |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago               | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770          | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora     |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR           |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP      |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR            |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | COOSALUD MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que MARLEY ANYELINA LASCARRO CACUA identificado(a) con CC 1007646415 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770           | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que SAMIR FERNANDO ORTIZ VERGEL identificado(a) con CC 17596206 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                    |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|--------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave              |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago               | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770          | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora     |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PROTECCION         |            | 30       | 16%        | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$220,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP      |            | 30       | 1.044%     | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$14,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR            |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | COOSALUD MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que ISAI OSORIO CORDERO identificado(a) con CC 96125437 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770           | 9465457296 | E        | 2024-04-08 | X           |     |     |     |     |            |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 26       | 16%        | \$1,196,000 |     |     |     |     | \$191,400  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 26       | 1.044%     | \$1,196,000 |     |     |     |     | \$12,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 26       | 4%         | \$1,196,000 |     |     |     |     | \$47,900   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 26       | 4%         | \$1,196,000 |     |     |     |     | \$47,900   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que DENY MARITZA PELAYO PARADA identificado(a) con CC 68297233 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que JHOEL FABIAN QUINTERO CAMARGO identificado(a) con CC 1076621510 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770           | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$220,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$14,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que SULYS MARIA QUINTERO PINEDA identificado(a) con CC 1116774915 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770           | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que GISSEL ANDREA TORRES MARTINEZ identificado(a) con CC 1116799633 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770           | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que MATILDE MARITZA VANEGAS BLANCO identificado(a) con CC 68299406 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | SANITAS        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

Se certifica que ORFA ZULEIMA VARGAS AVILA identificado(a) con CC 1007940268 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**SERVIASEO S.A. NI 860067479**

| Periodo |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pensión | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp        | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03 | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo  |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | SANITAS        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.



Se certifica que YAJAIRA VEGA MALPICA identificado(a) con CC 33481142 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-03                     | 2024-04 | 562270770      | 9465457296 | E        | 2024-04-08 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-04-12 a las 09:26.

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                            |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |           |
|--------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|--|-----------------------|------------------------|--------|--------|-----------|
| ARIZA BERNAL ALBEIRO ALEXIS                |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |           |
| C.C: 1007191107                            |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |           |
| CARGO: OPERARIO DE MANTENIMIENTO           |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE SARAVERA |                 |       |        |             |  |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024             |                 |       |        |             |  |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |        |        |           |
|                                            |                 |       |        |             |  |                       |                        |        |        |           |
| DEVENGOS                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |  | DEDUCCIONES           |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |  | 72                    | Aporte Salud           | 55.200 | NVAEPS | 0         |
| 3                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |  | 73                    | Aporte Pension         | 55.200 | PORVEN | 0         |
| 26                                         | Bonificación    | 30,00 | 0      | 80.000      |  |                       |                        |        |        |           |
| TOTAL DEVENGOS:                            |                 |       |        | \$1.542.000 |  | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        |        |        | \$110.400 |
| TOTAL A PAGAR:                             |                 |       |        | \$1.431.600 |  | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |        |        |           |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
|----------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|--------|--------|-------|
| BERNAL CANDIL SANDRA PATRICIA          |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| C.C: 40272036                          |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS         |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE TAME |                 |             |        |           |                       |             | F. INICIAL: 2024-04-01 |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024         |                 |             |        |           |                       |             | F. FINAL: 2024-04-30   |        |        |       |
|                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| DEVENGOS                               |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                      | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72          | Aporte Salud           | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                      | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73          | Aporte Pension         | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                        |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |             | \$104.000              |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                         |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |             |                        |        |        |       |



# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |               |                    |                              |                        |                  |              |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------|------------------------|------------------|--------------|---------------|--------------|
| <b>BOLAÑOS ALDANA YARLIT</b>                                               |                 |             |               |                    |                              |                        |                  |              |               |              |
| C.C: 68293475                                                              |                 |             |               |                    |                              |                        |                  |              |               |              |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |             |               |                    |                              |                        |                  |              |               |              |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |               |                    |                              | F. INICIAL: 2024-04-01 |                  |              |               |              |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |             |               |                    |                              | F. FINAL: 2024-04-30   |                  |              |               |              |
| <b>DEVENGOS</b>                                                            |                 | <b>UNID</b> | <b>IDENT.</b> | <b>VALOR</b>       |                              | <b>DEDUCCIONES</b>     |                  | <b>VALOR</b> | <b>IDENT.</b> | <b>SALDO</b> |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0             | 1.300.000          |                              | 72                     | Aporte Salud     | 52.000       | NVAEPS        | 0            |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0             | 162.000            |                              | 73                     | Aporte Pension   | 52.000       | 25-14         | 0            |
| <b>TOTAL DEVENGOS:</b>                                                     |                 |             |               | <b>\$1.462.000</b> | <b>TOTAL DEDUCCIONES:</b>    |                        | <b>\$104.000</b> |              |               |              |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b>                                                      |                 |             |               | <b>\$1.358.000</b> | <b>FIRMA EMPLEADO:</b> _____ |                        |                  |              |               |              |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                     |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
|-----------------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|------------------|---------------|--------------|
| <b>CAMACHO MOGICA MARIA ESTELLA</b>                 |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| C.C: 68296147                                       |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                      |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA ESCUELA DE GASTRONOMIA |                 |             |               |                    |                              | F. INICIAL: 2024-04-01    |                |                  |               |              |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                      |                 |             |               |                    |                              | F. FINAL: 2024-04-30      |                |                  |               |              |
|                                                     |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| <b>DEVENGOS</b>                                     |                 | <b>UNID</b> | <b>IDENT.</b> | <b>VALOR</b>       |                              | <b>DEDUCCIONES</b>        |                | <b>VALOR</b>     | <b>IDENT.</b> | <b>SALDO</b> |
| 1                                                   | Sueldo          | 30,00       | 0             | 1.300.000          |                              | 72                        | Aporte Salud   | 52.000           | NVAEPS        | 0            |
| 3                                                   | Aux. Transporte | 30,00       | 0             | 162.000            |                              | 73                        | Aporte Pension | 52.000           | PROTEC        | 0            |
| <b>TOTAL DEVENGOS:</b>                              |                 |             |               | <b>\$1.462.000</b> |                              | <b>TOTAL DEDUCCIONES:</b> |                | <b>\$104.000</b> |               |              |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b>                               |                 |             |               | <b>\$1.358.000</b> | <b>FIRMA EMPLEADO:</b> _____ |                           |                |                  |               |              |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |               |                    |  |                              |                |                  |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|--|------------------------------|----------------|------------------|---------------|--------------|
| <b>CASTAÑO GIRALDO LEONARDO</b>                                            |                 |             |               |                    |  |                              |                |                  |               |              |
| C.C: 17584883                                                              |                 |             |               |                    |  |                              |                |                  |               |              |
| CARGO: OPERARIO DE MANTENIMIENTO                                           |                 |             |               |                    |  |                              |                |                  |               |              |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |               |                    |  | F. INICIAL: 2024-04-01       |                |                  |               |              |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |             |               |                    |  | F. FINAL: 2024-04-30         |                |                  |               |              |
| <b>DEVENGOS</b>                                                            |                 | <b>UNID</b> | <b>IDENT.</b> | <b>VALOR</b>       |  | <b>DEDUCCIONES</b>           |                | <b>VALOR</b>     | <b>IDENT.</b> | <b>SALDO</b> |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0             | 1.300.000          |  | 72                           | Aporte Salud   | 55.200           | NVAEPS        | 0            |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0             | 162.000            |  | 73                           | Aporte Pension | 55.200           | PORVEN        | 0            |
| 26                                                                         | Bonificación    | 30,00       | 0             | 80.000             |  |                              |                |                  |               |              |
| <b>TOTAL DEVENGOS:</b>                                                     |                 |             |               | <b>\$1.542.000</b> |  | <b>TOTAL DEDUCCIONES:</b>    |                | <b>\$110.400</b> |               |              |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b>                                                      |                 |             |               | <b>\$1.431.600</b> |  | <b>FIRMA EMPLEADO:</b> _____ |                |                  |               |              |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
|----------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|--------|--------|-------|
| CASTELLANOS PAEZ INGRITH YULIANA       |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| C.C: 1122653785                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS         |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE TAME |                 |             |        |           |                       |             | F. INICIAL: 2024-04-01 |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024         |                 |             |        |           |                       |             | F. FINAL: 2024-04-30   |        |        |       |
|                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| DEVENGOS                               |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                      | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72          | Aporte Salud           | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                      | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73          | Aporte Pension         | 52.000 | PROTEC | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                        |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |             | \$104.000              |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                         |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |             |                        |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|--|------------------------|----------------|--------|--------|-----------|
| CEDEÑO TORRES BRAULIO ANDRES                                               |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| C.C: 1116801512                                                            |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| CARGO: COORDINADOR (A)                                                     |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |  | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |       |        |             |  | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |           |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |  | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |  | 72                     | Aporte Salud   | 59.200 | NVAEPS | 0         |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |  | 73                     | Aporte Pension | 59.200 | PORVEN | 0         |
| 26                                                                         | Bonificación    | 30,00 | 0      | 180.000     |  |                        |                |        |        |           |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.642.000 |  | TOTAL DEDUCCIONES:     |                |        |        | \$118.400 |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.523.600 |  | FIRMA EMPLEADO: _____  |                |        |        |           |



# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| CESPEDES PIÑEROS AYDEE FABIOLA                                             |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 52104300                                                              |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | SANITA | 0     |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | 25-14  | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|------------------|---------------|--------------|
| <b>GARCIA LOPEZ LINA MARIA</b>                                             |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| C.C: 1116802109                                                            |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                  |               |              |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |               |                    |                              | F. INICIAL: 2024-04-01    |                |                  |               |              |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |             |               |                    |                              | F. FINAL: 2024-04-30      |                |                  |               |              |
| <b>DEVENGOS</b>                                                            |                 | <b>UNID</b> | <b>IDENT.</b> | <b>VALOR</b>       |                              | <b>DEDUCCIONES</b>        |                | <b>VALOR</b>     | <b>IDENT.</b> | <b>SALDO</b> |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0             | 1.300.000          |                              | 72                        | Aporte Salud   | 52.000           | NVAEPS        | 0            |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0             | 162.000            |                              | 73                        | Aporte Pension | 52.000           | PORVEN        | 0            |
| <b>TOTAL DEVENGOS:</b>                                                     |                 |             |               | <b>\$1.462.000</b> |                              | <b>TOTAL DEDUCCIONES:</b> |                | <b>\$104.000</b> |               |              |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b>                                                      |                 |             |               | <b>\$1.358.000</b> | <b>FIRMA EMPLEADO:</b> _____ |                           |                |                  |               |              |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                  |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|--------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| GUZMAN VEGA JESSICA PAOLA                        |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 1007191716                                  |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                   |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA GRANJA EL ALCARAVAN |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                   |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |       |
|                                                  |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                         |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PROTEC | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                  |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                   |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| JAIMES GAMBOA ANYELA VIVIANA                                               |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 1116801306                                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | COOSAL | 0     |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|--------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| JAIMES MANCIPE DORALBA                     |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 1098606798                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS             |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE SARAVERA |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024             |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |       |
|                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                   |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                          | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | COOSAL | 0     |
| 3                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PROTEC | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                            |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                             |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                  |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|--------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| JIMENEZ GALVIS NELLY AHYDE                       |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 68293418                                    |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                   |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA GRANJA EL ALCARAVAN |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                   |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |       |
|                                                  |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                         |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                  |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                   |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |



# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
|--------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-------|
| JIMENEZ RINCON NUBIA                       |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| C.C: 27738168                              |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS             |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE SARAVERA |                 |             |        |           |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024             |                 |             |        |           |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |       |
|                                            |                 |             |        |           |                       |                        |                |        |        |       |
| DEVENGOS                                   |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                          | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | COOSAL | 0     |
| 3                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                            |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        | \$104.000      |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                             |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                            |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
|--------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|--------|--------|-------|
| LASCARRO CACUA MARLEY ANYELINA             |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| C.C: 1007646415                            |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS             |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE SARAVERA |                 |             |        |           |                       |             | F. INICIAL: 2024-04-01 |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024             |                 |             |        |           |                       |             | F. FINAL: 2024-04-30   |        |        |       |
|                                            |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| DEVENGOS                                   |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                          | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72          | Aporte Salud           | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                          | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73          | Aporte Pension         | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                            |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |             | \$104.000              |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                             |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |             |                        |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|--|------------------------|----------------|--------|--------|-----------|
| ORTIZ VERGEL SAMIR FERNANDO                                                |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| C.C: 17596206                                                              |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |       |        |             |  |                        |                |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |  | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |       |        |             |  | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |           |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |  | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |  | 72                     | Aporte Salud   | 55.200 | COOSAL | 0         |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |  | 73                     | Aporte Pension | 55.200 | PROTEC | 0         |
| 26                                                                         | Bonificación    | 30,00 | 0      | 80.000      |  |                        |                |        |        |           |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.542.000 |  | TOTAL DEDUCCIONES:     |                |        |        | \$110.400 |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.431.600 |  | FIRMA EMPLEADO: _____  |                |        |        |           |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
|----------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|--------|--------|-------|
| OSORIO CORDERO ISAI                    |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| C.C: 96125437                          |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO DE MANTENIMIENTO       |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE TAME |                 |             |        |           |                       |             | F. INICIAL: 2024-04-01 |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024         |                 |             |        |           |                       |             | F. FINAL: 2024-04-30   |        |        |       |
|                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| DEVENGOS                               |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                      | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72          | Aporte Salud           | 55.200 | NVAEPS | 0     |
| 3                                      | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73          | Aporte Pension         | 55.200 | PORVEN | 0     |
| 26                                     | Bonificación    | 30,00       | 0      | 80.000    |                       |             |                        |        |        |       |
| TOTAL DEVENGOS:                        |                 | \$1.542.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |             | \$110.400              |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                         |                 | \$1.431.600 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |             |                        |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-----------|
| PELAYO PARADA DENY MARITZA                                                 |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| C.C: 68297233                                                              |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |       |        |             |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |           |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0         |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0         |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.462.000 |                       | TOTAL DEDUCCIONES:     |                |        |        | \$104.000 |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.358.000 | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |           |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                  |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
|--------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|--------|--------|-------|
| QUINTERO CAMARGO JHOEL FABIAN                    |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| C.C: 1076621510                                  |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO DE MANTENIMIENTO                 |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA GRANJA EL ALCARAVAN |                 |             |        |           |                       |             | F. INICIAL: 2024-04-01 |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                   |                 |             |        |           |                       |             | F. FINAL: 2024-04-30   |        |        |       |
|                                                  |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| DEVENGOS                                         |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72          | Aporte Salud           | 55.200 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73          | Aporte Pension         | 55.200 | PORVEN | 0     |
| 26                                               | Bonificación    | 30,00       | 0      | 80.000    |                       |             |                        |        |        |       |
| TOTAL DEVENGOS:                                  |                 | \$1.542.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |             | \$110.400              |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                   |                 | \$1.431.600 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |             |                        |        |        |       |



# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
|--------------------------------------------------------|-----------------|-------------|--------|-----------|-----------------------|-------------|------------------------|--------|--------|-------|
| QUINTERO PINEDA SULYS MARIA                            |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| C.C: 1116774915                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                         |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA AGENCIA PUBLICA DE EMPLEO |                 |             |        |           |                       |             | F. INICIAL: 2024-04-01 |        |        |       |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                         |                 |             |        |           |                       |             | F. FINAL: 2024-04-30   |        |        |       |
|                                                        |                 |             |        |           |                       |             |                        |        |        |       |
| DEVENGOS                                               |                 | UNID        | IDENT. | VALOR     |                       | DEDUCCIONES |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO |
| 1                                                      | Sueldo          | 30,00       | 0      | 1.300.000 |                       | 72          | Aporte Salud           | 52.000 | NVAEPS | 0     |
| 3                                                      | Aux. Transporte | 30,00       | 0      | 162.000   |                       | 73          | Aporte Pension         | 52.000 | PORVEN | 0     |
| TOTAL DEVENGOS:                                        |                 | \$1.462.000 |        |           | TOTAL DEDUCCIONES:    |             | \$104.000              |        |        |       |
| TOTAL A PAGAR:                                         |                 | \$1.358.000 |        |           | FIRMA EMPLEADO: _____ |             |                        |        |        |       |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-----------|
| TORRES MARTINEZ GISSEL ANDREA                                              |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| C.C: 1116799633                                                            |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |       |        |             |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |           |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | NVAEPS | 0         |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0         |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.462.000 |                       | TOTAL DEDUCCIONES:     |                |        |        | \$104.000 |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.358.000 | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |           |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|-----------------------|------------------------|----------------|--------|--------|-----------|
| VANEGAS BLANCO MATILDE MARITZA                                             |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| C.C: 68299406                                                              |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |       |        |             |                       |                        |                |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |                |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |       |        |             |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |                |        |        |           |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       |                       | DEDUCCIONES            |                | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   |                       | 72                     | Aporte Salud   | 52.000 | SANITA | 0         |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     |                       | 73                     | Aporte Pension | 52.000 | PORVEN | 0         |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.462.000 |                       | TOTAL DEDUCCIONES:     |                |        |        | \$104.000 |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.358.000 | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |                |        |        |           |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                        |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                        |               |                  |  |
|----------------------------------------|-----------------|-------------|---------------|--------------------|------------------------------|---------------------------|----------------|------------------------|---------------|------------------|--|
| <b>VARGAS AVILA ORFA ZULEIMA</b>       |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                        |               |                  |  |
| C.C: 1007940268                        |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                        |               |                  |  |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS         |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                        |               |                  |  |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA SEDE TAME |                 |             |               |                    |                              |                           |                | F. INICIAL: 2024-04-01 |               |                  |  |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024         |                 |             |               |                    |                              |                           |                | F. FINAL: 2024-04-30   |               |                  |  |
|                                        |                 |             |               |                    |                              |                           |                |                        |               |                  |  |
| <b>DEVENGOS</b>                        |                 | <b>UNID</b> | <b>IDENT.</b> | <b>VALOR</b>       |                              | <b>DEDUCCIONES</b>        |                | <b>VALOR</b>           | <b>IDENT.</b> | <b>SALDO</b>     |  |
| 1                                      | Sueldo          | 30,00       | 0             | 1.300.000          |                              | 72                        | Aporte Salud   | 52.000                 | SANITA        | 0                |  |
| 3                                      | Aux. Transporte | 30,00       | 0             | 162.000            |                              | 73                        | Aporte Pension | 52.000                 | PORVEN        | 0                |  |
| <b>TOTAL DEVENGOS:</b>                 |                 |             |               | <b>\$1.462.000</b> |                              | <b>TOTAL DEDUCCIONES:</b> |                |                        |               | <b>\$104.000</b> |  |
| <b>TOTAL A PAGAR:</b>                  |                 |             |               | <b>\$1.358.000</b> | <b>FIRMA EMPLEADO:</b> _____ |                           |                |                        |               |                  |  |

# Comprobante de Pago

SERVIASEO S. A.

NIT

860067479-2

|                                                                            |                 |       |        |             |                       |                        |        |        |           |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|--------|-------------|-----------------------|------------------------|--------|--------|-----------|
| VEGA MALPICA YAJAIRA                                                       |                 |       |        |             |                       |                        |        |        |           |
| C.C: 33481142                                                              |                 |       |        |             |                       |                        |        |        |           |
| CARGO: OPERARIO OFICIOS VARIOS                                             |                 |       |        |             |                       |                        |        |        |           |
| CENTRO DE COSTO: SENA ARAUCA CENTRO DE GESTION Y DESARROLLO AGROINDUSTRIAL |                 |       |        |             |                       | F. INICIAL: 2024-04-01 |        |        |           |
| LIQUIDACION: NOMINA ABRIL 2024                                             |                 |       |        |             |                       | F. FINAL: 2024-04-30   |        |        |           |
| DEVENGOS                                                                   |                 | UNID  | IDENT. | VALOR       | DEDUCCIONES           |                        | VALOR  | IDENT. | SALDO     |
| 1                                                                          | Sueldo          | 30,00 | 0      | 1.300.000   | 72                    | Aporte Salud           | 52.000 | NVAEPS | 0         |
| 3                                                                          | Aux. Transporte | 30,00 | 0      | 162.000     | 73                    | Aporte Pension         | 52.000 | PORVEN | 0         |
| TOTAL DEVENGOS:                                                            |                 |       |        | \$1.462.000 | TOTAL DEDUCCIONES:    |                        |        |        | \$104.000 |
| TOTAL A PAGAR:                                                             |                 |       |        | \$1.358.000 | FIRMA EMPLEADO: _____ |                        |        |        |           |

Se certifica que ALBEIRO ALEXIS ARIZA BERNAL identificado(a) con CC 1007191107 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757           | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$220,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$14,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que SANDRA PATRICIA BERNAL CANDIL identificado(a) con CC 40272036 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que YARLIT BOLAÑOS ALDANA identificado(a) con CC 68293475 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**SERVIASEO S.A. NI 860067479**

| Periodo |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pensión | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp        | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04 | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo  |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | COLPENSIONES   |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que MARIA ESTELLA CAMACHO MOGICA identificado(a) con CC 68296147 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757           | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PROTECCION          |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que LEONARDO CASTAÑO GIRALDO identificado(a) con CC 17584883 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**SERVIASEO S.A. NI 860067479**

| Periodo |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pensión | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp        | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04 | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |     |            |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo  |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,380,000 |     |     |     |     |     | \$220,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,380,000 |     |     |     |     |     | \$14,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que INGRITH YULIANA CASTELLANOS PAEZ identificado(a) con CC 1122653785 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**SERVIASEO S.A. NI 860067479**

| Periodo |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pensión | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp        | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04 | 2024-05 | 628911757           | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |     |            |     |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo  |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | PROTECCION          |            | 1        | 16%        | \$44,000    |     |     |     |     |     | \$7,100    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | PROTECCION          |            | 29       | 16%        | \$1,256,667 |     |     |     |     |     | \$201,100  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP       |            | 1        | 0%         | \$44,000    |     |     |     |     |     | \$0        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP       |            | 29       | 1.044%     | \$1,256,667 |     |     |     |     |     | \$13,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR             |            | 1        | 0%         | \$44,000    |     |     |     |     |     | \$0        |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR             |            | 29       | 4%         | \$1,256,667 |     |     |     |     |     | \$50,300   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 1        | 4%         | \$44,000    |     |     |     |     |     | \$1,800    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 29       | 4%         | \$1,256,667 |     |     |     |     |     | \$50,300   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que BRAULIO ANDRES CEDEÑO TORRES identificado(a) con CC 1116801512 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,480,000 |     |     |     |     | \$236,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,480,000 |     |     |     |     | \$15,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,480,000 |     |     |     |     | \$59,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,480,000 |     |     |     |     | \$59,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que AYDEE FABIOLA CESPEDES PIÑEROS identificado(a) con CC 52104300 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**SERVIASEO S.A. NI 860067479**

| Periodo |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pensión | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp        | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04 | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo  |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | COLPENSIONES   |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | SANITAS        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que LINA MARIA GARCIA LOPEZ identificado(a) con CC 1116802109 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**SERVIASEO S.A. NI 860067479**

| Periodo |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pensión | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp        | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04 | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo  |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que JESSICA PAOLA GUZMAN VEGA identificado(a) con CC 1007191716 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757           | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PROTECCION          |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que ANYELA VIVIANA JAIMES GAMBOA identificado(a) con CC 1116801306 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

**SERVIASEO S.A. NI 860067479**

| Periodo |         | Clave              |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|---------|---------|--------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Pensión | Salud   | Pago               | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp        | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04 | 2024-05 | 628911757          | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo  |         | Administradora     |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP     |         | PORVENIR           |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL     |         | COLPATRIA ARP      |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF     |         | COMFIAR            |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS     |         | COOSALUD MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que DORALBA JAIMES MANCIPE identificado(a) con CC 1098606798 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                    |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|--------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave              |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago               | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757          | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora     |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PROTECCION         |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP      |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR            |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | COOSALUD MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que NELLY AHYDE JIMENEZ GALVIS identificado(a) con CC 68293418 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que NUBIA JIMENEZ RINCON identificado(a) con CC 27738168 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                    |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|--------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave              |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago               | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757          | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora     |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR           |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP      |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR            |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | COOSALUD MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que MARLEY ANYELINA LASCARRO CACUA identificado(a) con CC 1007646415 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757           | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que SAMIR FERNANDO ORTIZ VERGEL identificado(a) con CC 17596206 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                    |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|--------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave              |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago               | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757          | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora     |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PROTECCION         |            | 30       | 16%        | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$220,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP      |            | 30       | 1.044%     | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$14,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR            |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | COOSALUD MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que ISAI OSORIO CORDERO identificado(a) con CC 96125437 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757           | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$220,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$14,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que DENY MARITZA PELAYO PARADA identificado(a) con CC 68297233 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que JHOEL FABIAN QUINTERO CAMARGO identificado(a) con CC 1076621510 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757           | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     | X   |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$220,800  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$14,500   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,380,000 |     |     |     |     | \$55,200   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que SULYS MARIA QUINTERO PINEDA identificado(a) con CC 1116774915 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757           | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que GISSEL ANDREA TORRES MARTINEZ identificado(a) con CC 1116799633 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                     |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|---------------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave               |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago                | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757           | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora      |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR            |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP       |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR             |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA EPS MOVILIDAD |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que MATILDE MARITZA VANEGAS BLANCO identificado(a) con CC 68299406 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | SANITAS        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.

Se certifica que ORFA ZULEIMA VARGAS AVILA identificado(a) con CC 1007940268 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | SANITAS        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.



Se certifica que YAJAIRA VEGA MALPICA identificado(a) con CC 33481142 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social:

| SERVIASEO S.A. NI 860067479 |         |                |            |          |            |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----------------------------|---------|----------------|------------|----------|------------|-------------|-----|-----|-----|-----|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Periodo                     |         | Clave          |            | Planilla |            | Novedades   |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Pensión                     | Salud   | Pago           | Planilla   | Tipo     | Fecha Pago | ing         | ret | tde | tae | tdp | tap        | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip |
| 2024-04                     | 2024-05 | 628911757      | 9466907874 | E        | 2024-05-09 |             |     |     |     |     |            |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| Riesgo                      |         | Administradora |            | Días     | Tarifa     | IBC         |     |     |     |     | Cotización |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| AFP                         |         | PORVENIR       |            | 30       | 16%        | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$208,000  |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| ARL                         |         | COLPATRIA ARP  |            | 30       | 1.044%     | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$13,600   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| CCF                         |         | COMFIAR        |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
| EPS                         |         | NUEVA E.P.S.   |            | 30       | 4%         | \$1,300,000 |     |     |     |     | \$52,000   |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |

Este certificado se expide el día 2024-05-10 a las 08:49.