DEL 11 AL 20 DE JUNIO DEL 2021	17.2. LA CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR INFORMES MENSUALES DE AVANCE DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO.	• 17.2. Entregué un (01) informe de actividades mensual requerido por la coordinación general del Proyecto.
DEL 11 AL 20 DE JUNIO DEL 2021	17.3. LA CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR EL INFORME FINAL DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS DENTRO DEL TÉRMINO DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO.	• 17.3. Entregué un (01) informe de actividades mensual de acuerdo con el avance de la ejecución del Proyecto.
DEL 11 AL 20 DE JUNIO DEL 2021	17.4. LA CONTRATISTA DEBERÁ ENTREGAR UN PLAN DE TRABAJO Y CRONOGRAMA AL INICIO DE LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO.	• 17.4. Durante el periodo del presente informe no se solicitó la realización de la actividad.

MONICA M. CORTES MONROY
Reconocedor Integral

NELSON EDUARDO OROZCO BRIÑEZ
Vo. Bo Líder Reconocimiento

ZULLY CATALINA SABOGAL
Vo. Bo Coordinadora General

Escaneado con CamScanner

CERTIFICADO MÉDICO
Aptitud laboral

Omar H. Peralta Pinto
Médico General
R.M. 192/2006-Lic S.O. 0762/11
Esp. Salud Ocupacional

DATOS PERSONALES

NOMBRES Y APELLIDOS				N° DE IDENTIFICACION				
Mónica Marcela Cortés Monroy				CC# 52.435.728 de Bogotá				
EDAD	CARGO			EPS	GS	DIA	MES	AÑO
44 AÑOS	CONTRATISTA			Compensar	O Rh+	18	06	2021
TIPO DE EXAMEN:	PRE-INGRESO	X	PERIODICO	EGRESO	REUBICACION		REINTEGRO	

EXAMENES A REALIZAR

Optometría		C. Hemático		Perfil lípido		KOH Uñas		Bun		Reticulositos	
Visometría		Hemoclasificación		Colesterol		Frotis garganta		Creatinina		HBS Glicosilada	
Audiometría		Serología		HDL		BK		FSP		Alcohol	
EKG		Glicemia		LDL		Transaminasas		TSH		Drogas	
RX Tórax		Parcial de Orina		VLDL		Colinesterasas		Espermograma		Plomo	
RX Columna Lumbosacra		Carpológico		Triglicéridos		Fosfatasas ALC		HSG		Vacunas	

DETERMINACIÓN APTITUD

EXAMEN PRE-INGRESO		EXAMEN PERIODICO		EXAMEN DE EGRESO	
Cumple con los requisitos necesarios para el perfil		Sin restricción para continuar su labor actual		Satisfactorio	
Presenta condiciones de salud que no disminuyen su capacidad laboral	X	Signos y síntomas de enfermedad de origen común		Con patología de origen común	
No cumple con los requisitos del perfil del cargo		Presente restricciones para la labor		Secuela de accidente de trabajo /EP	
Aplazado		Signos de EP que deben ser valorados por su EPS/ARL		Sin diagnósticos de enfermedad profesional	

Aptitud para trabajos en alturas	SOLICITADO	SI	NO		APTO	SI	NO
Aptitud para trabajos en espacios combinados	SOLICITADO	SI	NO		APTO	SI	NO
Aptitud para manipular alimentos	SOLICITADO	SI	NO		APTO	SI	NO

RESTRICCIONES | SI | | NO |

IDX: 1- Obesidad clase I 2- Hipermetropía

1- Iniciar estilos de vida saludables
2- Uso de Rx óptica permanente.
3- Manejo y Tratamiento por E.P.S

RECOMENDACIONES

SEGÚN IMC		MANEJO POR EPS/ARL		RECOMENDACIONES		RECOMENDACIONES		SVE	
dieta y ejercicio regular	X	Control periódico		Control periódico ocupacional	X	Complementar vacunación		Visual	X
Dieta, ejercicio y medicación		Remisión a EPS		Pausas activas	X	Fiebre amarilla		Respiratorio	
Valoración por nutrición EPS		Remisión ARL		Orientación para el manejo de cargas		Tétano		Auditivo	
Descartar alteración metabólica		Remisión para control medico		Utilización del EPI	X	Uso de corrección visual		Cardiovascular	X
Dieta sin sal		Evaluación puesto de trabajo		Higiene postural	X	Uso de bloqueador solar		Psicolaboral	
Dieta sin azúcar		Seguimiento por ARL		Hábitos saludables	X	Suspender tabaquismo		Ergonómico	
Dieta baja en grasas de origen animal		Continuar manejo medico establecido por EPS		Orientación y manejo del estrés		Control periódico de tensión arterial		Piel Quimico	
					X	Me cuido, yo te cuido	X		

Según El Decreto 2346 de 2007 se certifica por parte del trabajador, que todos los datos consignados en la historia médica ocupacional son ciertos, se autoriza informar a la empresa, los resultados generales de la salud de la población examinada, información que será consignada en el diagnostico de salud de la empresa a la cual pertenezca y se hara uso para el cumplimiento de los subprogramas (Art.18) de medicina preventiva y del trabajo según el art. 10 de la resolución 1016 de 1989 o la norma que lo modifique, adicione o sustituya.

MEDICO ESPECIALISTA SO
LICENCIA DE SALUD OCUPACIONAL

Omar H. Peralta Pinto
Médico General
R.M. 192/2006-Lic S.O. 0762/11
Esp. Salud Ocupacional

FIRMA DEL TRABAJADOR
CC.N°

Escaneado con CamScanner

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52435728	MONICA MARCELA CORTES MONROY	CARRERA 50 64B -43 TR 2 604	8141034	monicamarcela2@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2021-06	2021-06	I	24/06/2021	51491136	TOTAL A PAGAR	
					$259.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	113.600	0		0		0	0	0	0	113.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	145.400	0	0	0	0	0	0		145.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	113.600	113.600
Pensión	1	145.400	145.400
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	259.000	259.000

MONICA MARCELA CORTES MONROY
CC 52435728.

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

Escaneado con CamScanner

Fecha de radicación: 04 06 2021

compensar | salud eps

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

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [Y]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [7] • Beneficiario o afiliado adicional [ ]; B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [Y] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [Y] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): 59.

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: cortes	Segundo Apellido: monroy	Primer Nombre: monica	Segundo Nombre: marcela

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 52435728
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 11 10 1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBÉN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: positiva
16. Administradora de pensiones: Colfondos
17. Ingreso base de cotización - IBC: 908576
18. Residencia: CL 17 sur 39 70 — 8674283 — 3215267937
monicamarcela2@gmail.com — Bogota/Cundinamar — Zona Urbana [X] Rural [ ] — Barrio: Ronda Alcalde — Cundinamarca

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

19. Apellidos y nombres — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

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

	24. Primer Apellido	24. Segundo Apellido	24. Primer Nombre	24. Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino
B1	Marin	cortes	Juan	sebastian	TI	1013577572		X
B2	Marin	Salavarrieta	Nelson		CC	79647809		X
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F	Tipo N	Tipo M	Condición T	Condición P	32. Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	14012004	HJ							Bogota/Cundinamarca	X		Cundinamarca	3215267937	
B2	28051975	CP.							Bogota/Cundinamarca	X		Cundinamarca	3215267937	
B3														
B4														
B5														

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.	
B	
B	1142
B	

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación — Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [Y]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)
42. Fecha (D D M M A A A A)
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [Y]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [Y]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [Y]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [Y]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] Cant. [ ] RC [ ] Cant. [ ] TI [ ] Cant. [ ] CC [ ] Cant. [ ] PA [ ] Cant. [ ] CE [ ] Cant. [ ] CD [ ] Cant. [ ] SC [ ] Cant. [ ] Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante [illegible]
63. Copia de la autorización de [illegible] Salud.
64. Certificación de vinculación [illegible]
65. Copia del acto administrativo [illegible] de las autoridades [illegible] conste la calidad de beneficiario o [illegible]

04 JUN 2021
Cod 654 Lida Jasmin Mendoza
SUJETO A VERIFICACIÓN

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la entidad Territorial — Código del municipio | Código del departamento
67. Datos del SISBÉN — Número de la ficha | Puntaje | Nivel
68. Fecha [illegible]
69. Fecha [illegible]
70. Datos del funcionario que realiza la validación — Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: APORTE JUNIO (CREDITO X PLANILLA) PAGO JULIO.

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

COLFONDOS ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
NIT 800.149.496-2

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MONICA MARCELA CORTES MONROY, identificado(a) con C.C 52.435.728, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a la fecha 04 de Junio del 2021.

El presente certificado emitido contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier duda o inquietud referente a este certificado comuníquese con nuestro Contact center al 748 4888 en Bogotá, 386 9888 en Barranquilla, 698 5888 en Bucaramanga, 489 9888 en Cali, 694 9888 en Cartagena, 604 2888 en Medellín, gratis desde el resto del país al 01 800 05 10000 e-mail servicioclientе@colfondos.com.co

Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías