CIUDAD: Bogota

FECHA: 04/03/2022

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: ESTEFFANY PAOLA TABOADA REDONDO

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.102.857.798

CONTRATO No.: ADRES- CPS-326 de 2022

OBJETO: Prestar servicios profesionales para ejercer la representación prejudicial, proyección de recursos, contestaciones a peticiones y reclamaciones administrativas donde resulte necesario el pronunciamiento de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES o del entonces FOSYGA

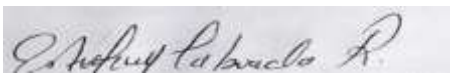
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 16/02/2022 **HASTA:** 28/02/2022

LA SUMA DE: DOS MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTO SESENTA Y CUATRO PESOS M/CTE ($2.209.664)

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: cra. 2 #16a38- bogota

TELÉFONO: 3016372269



FIRMA
C.C1102857798

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2022

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Esteffany Paola Taboada redondo	1102857798

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 6910 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-326-2022

Fecha de Inicio -20/01/2022 Fecha de Terminación 31/08/2022
Valor inicial del Contrato: $ 35.354.624
Valor total del contrato: $ 35.354.624
Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 4.419.328

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.
2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, que las personas que a continuación relaciono, dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2022

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge N/A identificado (a) con la C.C. No. N/A no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion N/A de N/A, según certificación del año 2019; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2022

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No._____N/A_____del Banco _____N/A____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

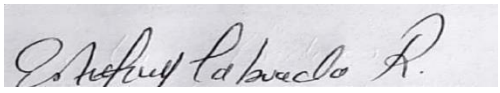
6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____la suma de ($), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

   Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral. _____

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada __N/A_____la suma de ($), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____que no supera las 16 UVT mensuales

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,

Firma 
Cédula de ciudadanía: 1102857798
Bogotá D.C 04/03/2022

Contrato No.	ADRES-CPS-326-2022		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Esteffany Paola Taboada Redondo		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Oscar David Pinzon Plazas	**Teléfono / Extensión**	4322760 Ext.1020
Dependencia	Oficina de Asesoria juridica		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales para ejercer la representación prejudicial, proyección de recursos, contestaciones a peticiones y reclamaciones administrativas donde resulte necesario el pronunciamiento de la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud – ADRES o del entonces FOSYGA		
Fecha de Inicio	20/01/2022	**Fecha de Terminación**	31/08/2022

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	16/02/2022	**Hasta**	28/02/2022
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	SI			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Ejercer la representación extrajudicial de la ADRES dentro de los términos legales, para lo cual deberá garantizar la elaboración de fichas sobre los asuntos asignados en reparto dentro de los quince (15) días hábiles a su designación; todo ello conforme al poder que se le sea conferido.	Durante el periodo objeto del presente informe se elaboraron y enviaron para revisión las siguientes fichas de conciliación: ORFEO 20221420136552	Se anexa en carpeta denominada obligación 1.	N/A
2	Radicar los poderes de las diligencias prejudiciales ante el Ministerio Público, Superintendencia o centro de conciliación con mínimo tres (3) días hábiles de antelación, salvo que la citación se haya efectuado sobre el tiempo, evento en el cual debe reposar la prueba de ello.	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación.	N/A	N/A

3	Interponer en oportunidad los recursos necesarios, tras validar que se admite una conciliación en la cual exista falta de competencia territorial u otra causal que permita el saneamiento del asunto a su cargo.	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación.	N/A	N/A
4	Gestionar ante las direcciones competentes y por los medios dispuestos por la entidad, las diversas pruebas y soportes que ostenten la condición de útiles, necesarios y conducentes para el análisis de los casos puestos a su consideración y efectuar los requerimientos de insistencia que resulten necesarios.	Para el periodo de mi gestión solicite a través de correo electrónico los siguientes insumos a la Subdirección de Liquidacion e Insumos : -Insumo Ekogui 1487979 - insumo ORFEO 20221420331792	Se adjunta en carpeta obligaciones N° 4 discriminados de la siguiente manera: -Insumo Ekogui 1487979 - insumo ORFEO 20221420331792	N/A
5	Revisar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes al reparto directo de fichas judiciales, el cumplimiento de los requisitos y soportes, en aras de determinar la viabilidad de realización de la ficha o adelantar la devolución correspondiente al apoderado de representación judicial	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación.	N/A	N/A
6	Diligenciar en la base de reparto dispuesta por la supervisión, la actuación adelantada en cada caso indicando la fecha de la respectiva de gestión.	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación.	N/A	N/A
7	Proyectar las respuestas a las peticiones de autoridades administrativas y/o personas naturales o jurídicas, relacionados con los temas de competencia de la ADRES, siempre y cuando estas no sean competencia de otro grupo o no pertenezcan a un proceso judicial notificado y asignado a otro apoderado de la entidad.	Durante el periodo objeto del presente informe se desarrolló esta obligación dando respuesta a una peticion	Se anexa formato en pdf que da constancia de la remisión al supervisor via email “ Respuesta D.P carpeta de la obligación N° 7”	N/A
8	Exponer en el marco del Comité de Conciliación o pre-comité, las fichas de conciliación en las que conste el análisis jurídico para los procesos judiciales o solicitudes de conciliación que	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación	N/A	N/A

	requieran el pronunciamiento de esta instancia, de conformidad con el reglamento interno			
9	Verificar, atender y garantizar la asistencia a las audiencias de conciliación prejudicial que se alleguen a la ADRES por parte de la Procuraduría General de la Nación, centros de arbitraje y conciliación, la Superintendencia nacional de Salud y/o la Agencia Nacional de Defensa Jurídica del Estado.	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación	N/A	N/A
10	Dar respuesta a las reclamaciones administrativas radicadas ante la entidad que le sean asignadas, dentro de los términos legales establecidos	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación	N/A	N/A
11	Actualizar, mantener y custodiar los expedientes digitales sobre las conciliaciones que se tiene a cargo, donde deben reposar todas las actuaciones surtidas, desde la asignación, solicitud de pruebas, respuesta, elaboración de ficha, una carpeta de correcciones y hasta la culminación en ekogui, certificaciones de secretaría técnica y acta de audiencia). Para tal efecto se debe remit	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación	N/A	N/A
12	Entregar una base de datos contentiva de las conciliaciones asignadas mensualmente, donde se identifique cuáles han tenido audiencia, cuáles tienen audiencia programada y su fecha, cuáles no fueron convocados en el mes y cuáles superan los 5 meses o el término que legalmente se disponga para considerar que esta fue fallida y es susceptible de cierre	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación	N/A	N/A
13	Elaborar y sustentar las fichas de repetición que sean entregadas por el Grupo de representación judicial para estudio dentro de los términos de ley	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación	N/A	N/A

14	Apoyar en la elaboración de recursos de reposición y en subsidio de apelación contra aquellos actos administrativos que generen órdenes a la ADRES y cuyo agotamiento sea necesario para acudir a la vía judicia	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación	N/A	N/A
15	Registrar y actualizar de manera oportuna en el Sistema Único de Gestión e Información de la Actividad Litigiosa del Estado-eKogui, las conciliaciones y trámites arbitrales a su cargo, y demás obligaciones establecidas en el Decreto 1069 de 2015 o norma que lo derogue, modifique o sustituya	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación	N/A	N/A
16	Elaborar las actas del Comité de Conciliación que le sean solicitadas; para tal efecto se contará con un término de tres (3) días hábiles.	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación	N/A	N/A
17	Verificar las conciliaciones que le sean delegadas por el administrador de la entidad a través del aplicativo ekogui e informar cualquier corrección a la que haya lugar en aras de solicitar lo pertinente a la ANDJE	Durante el periodo objeto del presente informe no se desarrolló esta obligación	N/A	N/A
18	Asistir a las convocatorias de reuniones que realice el supervisor del contrato y todas aquellas en las que se requiera de su presencia en la entidad	Durante el periodo objeto del presente informe se desarrolló esta obligación en capacitaciones y reuniones presenciales convocadas por el supervisor de la siguiente manera: -21/02/2022 de 8:00 a 11:00 am capacitación de personas juridicas	Se anexa en formato imagen constancia de capacitación de fichas de reclamaciones de personas jurídicas en carpeta de obligaciones N.18	N/A
19	Cumplir con las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del presente contrato.	Durante el periodo objeto del presente informe se desarrollaron las actividades derivadas y requeridas para el cumplimiento del objeto.	N/A	N/A

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.



Firma del Contratista
Fecha: 04/03/2022

BALANCE ECONÓMICO

COP 35.354.624	COP 3.830.084,27	COP 2.209.664	COP 0	COP 29.314.875,73

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS NUEVE MIL SEISCIENTO SESENTA Y CUATRO PESOS ($ 2.209.664)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9431455016	$125,000	1/02/2022	28/02/2022	25/02/2022
Pensión	9431455016	$160,000	1/02/2022	28/02/2022	25/02/2022
ARL	9431455016	$5,300	1/02/2022	28/02/2022	25/02/2022

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: -

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	N/A
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

Oscar David Pinzón Plazas
Supervisor (es)/Interventor (es)

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobacion respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 04/03/2022

[i] Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

aportes en línea

Certificado de Aportes

Se certifica que ESTEFFANY PAOLA TABOADA REDONDO identificado(a) con CC 1102857798 realizó los siguientes aportes al Sistema de Seguridad Social para ESTEFFANY PAOLA TABOADA REDONDO identificado(a) con CC 1102857798

Clave Planilla	Clave Pago	Tipo Planilla	Fecha Pago	Riesgo	Código	Administradora	Concepto	Periodo	Días	Novedades																IBC	Tarifa	Cotización
										ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip			
9431455016	1341316687	I	2022-02-25	EPS	EPS037	NUEVA E.P.S.	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-02	30																		$1,000,000	12.5%	$125,000
9431455016	1341316687	I	2022-02-25	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-02	30																		$1,000,000	16%	$160,000
9431455016	1341316687	I	2022-02-25	AFP	230301	PORVENIR	FONDO DE SOLIDARIDAD PENSIONAL	2022-02	30																		$1,000,000		$0
9431455016	1341316687	I	2022-02-25	AFP	230301	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	SUBCUENTA DE SUBSISTENCIA	2022-02	30																		$1,000,000		$0
9431455016	1341316687	I	2022-02-25	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA EMPLEADOR	2022-02	30																		$0	0%	$0
9431455016	1341316687	I	2022-02-25	AFP	230301	PORVENIR	COTIZACIÓN VOLUNTARIA AFILADO	2022-02	30																		$0	0%	$0
9431455016	1341316687	I	2022-02-25	ARL	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	COTIZACIÓN OBLIGATORIA	2022-02	30																		$1,000,000	0.522%	$5,300

Este certificado se expide el día 2022-02-25 a las 01:17.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1102857798		ESTEFFANY PAOLA TABOADA REDONDO	INDEPENDIENTE	Principal	cra. 2 #16a38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6372269	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1341316687	9431455016	I	2022/03/23	2022/02/25	BANCOLOMBIA	0	$290,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300
1	CC	1102857798	TABOADA ESTEFFANY																	230301	30	$1,000,000	$160,000	EPS037	30	$1,000,000	$125,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,000,000	$5,300	0	$0	$0	No	$290,300
Total		**Afiliados(1)**																				$1,000,000	$160,000			$1,000,000	$125,000			$0	$0			$1,000,000	$5,300		$0	$0		$290,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1102857798		ESTEFFANY PAOLA TABOADA REDONDO	INDEPENDIENTE	Principal	cra. 2 #16a38	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6372269	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-02	2022-02	1341316687	9431455016	I	2022/03/23	2022/02/25	BANCOLOMBIA	0	$290,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$160,000	$0	$0	$160,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$160,000	$0	$0	$160,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$5,300	$0	$0	$5,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$5,300	$0	$0	$5,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$125,000	$0	$0	$125,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$125,000	$0	$0	$125,000
TOTAL				**1**	**$290,300**	**$0**	**$0**	**$290,300**

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

ESTEFFANY PAOLA TABOADA REDONDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.102.857.798**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 3 de Febrero del 2022.

Cordialmente,

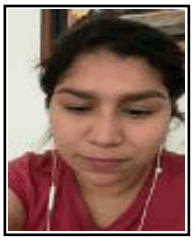


Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 8.913

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
04 DÍA	02 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO

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)

TABOADA REDONDO ESTEFFANY PAOLA	Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres	FEMENINO	28 AÑOS 1 MESES 19 DÍAS	CC	1102857798
	Teléfonos: 00		Tipo	Número

Cargo
.

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO (SIN PATOLOGÍAS EVIDENTES; CUMPLE CON LOS CRITERIOS MÉDICOS PARA EL CARGO)

Observaciones: *NO APLICA*

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

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO APLICA	NO APLICA

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

EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL ✓	----------

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
USAR CORRECCIÓN VISUAL : VALORACION POR OPTOMETRIA	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL		
CONTROL FACTORES DE RIESGO		

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

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

Médico

Firma: Carlos Bernal Sierra Médico Esp. Gerencia SST Licencia. 5128

Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO

R. M.: 86140 -2010 **L.S.O.:** 5128

Código de Seguridad
Y367E1K8913

Aspirante o Trabajador

Firma: estefany taboada (4 Feb. 2022 13:11 EST)

Nombre: TABOADA REDONDO ESTEFFANY PAOLA

CC: 1102857798

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14811375537

(415)7707212489984(8020) 000001481137553 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 0 2 8 5 7 7 9 8	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1102857798	2012,01,13

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Sucre 7 0	Sincelejo 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
TABOADA	REDONDO	ESTEFFANY	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 2 # 16 A 38

42. Correo electrónico: estefy7898@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3016372269	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 9 1 0	2 0 1 8 1 1 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros	Exportadores
54. Código	55. Forma / 56. Tipo / Servicio 1 2 3 / 57. Modo / 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2022 - 02 - 09 / 14 : 07: 19

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante: Estefany Taboada R.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: VALENCIA ZAPATA JOSE GILDARDO

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 09-02-2022 02:04:40PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner