CIUDAD: Bogotá

FECHA: 1 de febrero de 2024

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: YOMARA VARGAS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ ☐ 52,862,015

CONTRATO No.: ADRES-CPS-275-2024

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 31/01/2024 **HASTA:** 31/01/2024

LA SUMA DE: $ 190.036 (Ciento noventa mil treinta y seis pesos m/cte).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 146 No. 17 - 98 Apto 403

TELÉFONO: 316-5380044



FIRMA
C.C : 52.862.015

Contrato No.	ADRES-CPS-275-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YOMARA VARGAS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Camilo Alberto Alfaro Jiménez	**Teléfono / Extensión**	6014322760
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa		
Fecha de Inicio	31/01/2024	**Fecha de Terminación**	30/07/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	31/01/2024	**Hasta**	31/01/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

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	Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes.	Se revisaron las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES, correspondiente a validaciones según se detalla en el archivo Excel "Consolidado Producción 31 de enero"	Se adjunta archivo Excel denominado "Consolidado producción 31 de enero"	N/A

2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto	Se registraron los resultados de las auditorías efectuadas durante el periodo correspondiente a validaciones, según se detalla en el archivo Excel "Consolidado Producción 31 de enero"	Se adjunta archivo Excel denominado "Consolidado producción 31 de enero"	N/A
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	Se registraron los resultados de las auditorías efectuadas durante el periodo correspondiente a validaciones, según se detalla en el archivo Excel "Consolidado Producción 31 de enero"	Se adjunta archivo Excel denominado "Consolidado producción 31 de enero"	N/A
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A
6	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A

	reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.			
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 1/02/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
34.206.396	0	190.036	0	34.016.360

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Ciento noventa mil treinta y seis pesos m/cte. ($190.036)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	1060856952	$ 162.500	01/01/2024	31/01/2024	30/01/2024
Pensión	1060856952	$ 208.000	01/01/2024	31/01/2024	30/01/2024
ARL	1060856952	$ 6.800	01/01/2024	31/01/2024	30/01/2024

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: N/A

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:



Camilo Alberto Alfaro Jiménez
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/02/2024

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

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2024-01-30, 09:41:48 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	enero de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	enero de 2024
Empresa	YOMARA VARGAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 52862015
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1060856952
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	423721428
Banco	(1007) - BANCOLOMBIA
Valor	$ 377.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 208.000	$ 0
N830113831	EPS001	CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD	1	$ 162.500	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 6.800	$ 0
		SubTotales:		$ 377.300	$ 0
		Total a Pagar:			$ 377.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

Bogotá D.C., 01 de febrero de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
YOMARA VARGAS	52.862.015

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 8299 Tarifa ICA 9,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-275-2024
Fecha de Inicio: 31/01/2024 Fecha de Terminación: 30/07/2024
Valor total del Contrato: $ 34.206.396 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: $ 5.701.066
Valor de la fracción enero 2024: $190.036

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

   En caso de responder **SI** a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento 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 por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
C.C	1.029.140.450	Santiago Pedreros Vargas	b) Hijos entre 18 y 23 años, con

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
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) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

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 _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ 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_____de_____, según certificación del año gravable 2023; 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 artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____del Banco _____, 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, 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, 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 consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de ($), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

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:



YOMARA VARGAS
Cédula de ciudadanía No. 52.862.015
Bogotá D.C., 01/02/2024

CEDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.029.140.450



Apellidos
PEDREROS VARGAS

Nombres
SANTIAGO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
07 MAR 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 MAR 2023, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
10 MAR 2033

Firma
Santiago Pedreros Vargas

.CO

0163611135

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0163611350520001<<<<<<<<<<<
0503073M3303104COL1029140450<4
PEDREROS<VARGAS<<SANTIAGO<<<<<


UNIMETA

VENTA APROBADA

RECIBO: 000475 COPIA

COMPRA NETA: $2.561.572

TOTAL (COP): $2.561.572

Carrera 32No.34B 26 B. San Fernando
Teléfono (031)(8)6621825
www.unimeta.edu.co

EDREROS VARGAS SANTIAGO — Cédula __x__ T.I. ____ — No. 1029140450

A AMBIENTAL (2307) — Semestre: Primer — Franja: FRANJA 1

2023 - 2 — Cant. de Créditos: 17 — Fecha: 27/07/2023

122758

ón	Cant.	Vr. Unitario	Vr. Total
Periodo 2 -2023	1	4.404.576,00	4.404.576,00
	1	359.284,00	359.284,00
LES	1	0,00	0,00
	1	2.202.288,00	2.202.288,00
CALCULO DIFERENCIAL	1	0,00	0,00
QUIMICA GENERAL Y LABORATORIO	1	0,00	0,00
AUTOCAD 2D	1	0,00	0,00
INTRODUCCION A LA INGENIERIA AMBIENTAL	1	0,00	0,00
BIOLOGIA GENERAL Y LABORATORIO	1	0,00	0,00
MEUM I (CATEDRA UNIMETA)	1	0,00	0,00
MEUM II (COSMOLOGIA)	1	0,00	0,00
Inscripción del Periodo: 2 del Año: 2023, Nivel: INGAMB	1	0,00	0,00

Valor Total a Pagar $ 0,00

Información Académica de la Matrícula

Asignaturas	Créditos	Intensidad	Horario	Salón
10434 - CALCULO DIFERENCIAL	3	48	V 02:00:00 PM - 05:00:00 PM	RYL-201
230004 - QUIMICA GENERAL Y LABORATORIO	4	64	L 02:00:00 PM - 04:00:00 PM M 02:00:00 PM - [illegible]	MAR-202
230035 - AUTOCAD 2D	2	32	J 06:00:00 AM - 08:00:00 AM	GRL
230036 - INTRODUCCIÓN A LA INGENIERIA AMBIENTAL	2	32	V 06:00:00 AM - 08:00:00 AM	GRL
230073 - BIOLOGIA GENERAL Y LABORATORIO	4	64	L 04:00:00 PM - 06:00:00 PM M 04:00:00 PM - [illegible]	MAR-201
422 - INGLES NIVEL I	0	64	M 12:00:00 PM - 02:00:00 PM V 12:00:00 PM - [illegible]	GRL
754 - MEUM I (CATEDRA UNIMETA)	1	32	V 08:00:00 AM - 10:00:00 AM	RYL-304
755 - MEUM II (COSMOLOGIA)	1	32	M 06:00:00 AM - 08:00:00 AM	GRL
Totales:	17	368		

Notas Semestre Anterior ()	
Asignaturas	Nota
Promedio	0
NO VÁLIDO COMO CERTIFICACIÓN	

Comprobante para el banco

Valor a pagar: $ 2.561.572,00
Fecha pago: 27/07/2023
Estudiante: 1029140450 - PEDREROS VARGAS
Programa: INGENIERIA AMBIENTAL (2307)
No. Factura: 122758
Banco Colpatria Cuenta de Ahorros, Número 942067933

UNIMETA
DEPARTAMENTO DE TESORERIA
27 JUL 2023
PAGO CON TARJETA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14885844720

(415)7707212489984(8020) 000001488584472 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 6 2 0 1 5	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	52862015	1 9 9 9 0 6 1 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS		YOMARA	

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 1 G 91 A 04 SUR BRR EL VIRREY

42. Correo electrónico

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 6 0 2 9 0 9 5	3 1 6 5 3 8 0 0 4 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

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 2023 - 01 - 01 / 09 : 19: 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:

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

984. Nombre VARGAS YOMARA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ

NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64
PBX 4 90 80 94 CELULAR 3015619085 EMAIL –PROMOVIENDOSALUD2019@GMAIL.COM
LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018

FECHA DE EXAMENES MEDICOS	TIPO DE EXAMEN MEDICO
11/05/2023	☐Ingreso ☐Egreso ☒Periódico ☐Altura ☐ Osteomuscular

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: YOMARA | Apellidos: VARGAS

Razón social**: ADRES** | Celular: 316 5380044

Dirección: B/ CLL 146 NO 17-98 AP 403 | C.C: 52.862.015 | G.S RH: A +



Genero	Fecha de nacimiento	Edad en años:	EPS: ALIANSALUD	
Masculino☐ Femenino ☒	27/05/1981	41	ARL: POSITIVA	AFP: PORVENIR

INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

Fecha ingreso a la empresa	Cargo:	Sección:	Antigüedad en el cargo 3 AÑOS
11/05/2023	ADMINISTRADORA SG-SST	ADMINISTRATIVA	no aplica para ingreso

CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENE REALIZADOS

Consulta de medicina laboral, Colesterol, Visiometría, Audiometría. .

CONSENTIMEINTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. 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.

CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☐ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

RECOMENDACIONES

Ocupacionales
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

Medicas
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

Sistema de vigilancia epidemiológica
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☒SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☒SVE mecánico

Hábitos y estilo de vida saludable
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

Condiciones de salud - otros
CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO**

SE LE RECOMIENDA AL PACIENTE EL USO DE GAFAS PERMANENTES PARA EVITAR DESGASTE OCULAR Y DISMINUIR EL AGOTAMIENTO VISUAL

Dr. Rafael A. Gómez C. Médico y Cirujano R.M. 2052-97 Especialista En Salud Ocupacional L.S.O. 2607 DE 2018

X

DR. Rafael Alberto Gomes Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

X

Paciente
c.c

Los hallazgos fueron consignados en la historia clínica que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.