Contrato No.	ADRES-CPS-292-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRIGUEZ	**Teléfono / Extensión**	6014322760 EXT: 1875
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	6/03/2024	**Fecha de Terminación**	5/09/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	6/03/2024	**Hasta**	31/03/2024
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	1. Se efectúa revisión y verificación archivo de prueba de 34 facturas. 2. Se efectúa revisión y verificación duplicados, mayor valor pagado y agotamiento del archivo copia conceptos de 308 facturas. 3. Se efectúa revisión y verificación duplicados, fraccionado y fraccionado con reliquidación archivo HOJA 8 DUPLICADOS 19 AL 22 DE MARZO de 186 facturas.	Archivo Obligación 1	N/A

	normativa y manuales vigentes.			
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	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación		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.	1. Se efectúa revisión y verificación archivo de prueba de 34 facturas. 2. Se efectúa revisión y verificación duplicados, mayor valor pagado y agotamiento del archivo copia conceptos de 308 facturas. 3. Se efectúa revisión y verificación duplicados, fraccionado y fraccionado con reliquidación archivo HOJA 8 DUPLICADOS 19 AL 22 DE MARZO de 186 facturas.	Archivo Obligación 3	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	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A	N/A

5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Viernes 8 de marzo. 8:30 a 10:15 am Capacitación Recobros. Viernes 8 de marzo. 10:30 a.m a 11:15 a.m. Actividad celebración día de la mujer. Lunes 11 de marzo.9:30 am a 10:30 a.m. Capacitación línea solicitud de aclaración. Martes 12 de marzo. 8:30 a.m a 12:30 pm. Reunión recobros. Martes 19 de marzo. 9:00a.m a 10:00 am. Reunión seguimiento recobros Martes 19 de marzo. 10:30 a.m a 11:30 a.m. Actividad celebración día del hombre.		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 reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	N/A	N/A
7	. Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones	Leer Manual de Auditoria V5 Leer Resolución 586/2021 Leer Resolución 575/2023	N/A	N/A

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



MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE
Firma del Contratista
Fecha: 1/04/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$34.206.396	$ 0	$4.750.888	$ 0	$ 29.455,508

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS ($4.750.888)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Pensión	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
ARL	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

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:



WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRIGUEZ
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., 1/04/2024

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

CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 1/04/2023

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: MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.110.460.851

CONTRATO No.: ADRES-CPS-292 de 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.

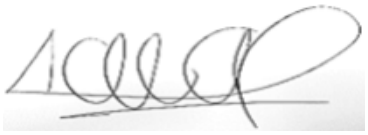
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 6/03/2024 **HASTA:** 31/03/2024

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES SETECIENTOS CINCUENTA MIL OCHOCIENTOS OCHENTA Y OCHO PESOS ($ 4.750.888,33)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 17A # 7B-57

TELÉFONO: 3213750396



FIRMA
C.C .1.110.460.851

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

nueva eps
RECIBIDO
Fecha: 26-03-2024

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR: A1013

AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO: Angulo	SEGUNDO APELLIDO: Posse.	PRIMER NOMBRE: Martha.	SEGUNDO NOMBRE: Carolina.

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO BIOLÓGICO	
	X	1.110.460.851.	X	

SEXO DE IDENTIFICACIÓN		10. FECHA NACIMIENTO	PAÍS DE NACIMIENTO	11. NACIONALIDAD
X		01 01 1987	Colombia.	Colombiana.

ANEXO COPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD ☐

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA	TELÉFONO FIJO	EXT.
Bogotá	Bogotá	CABECERA MUNICIPAL ☐ CENTRO POBLADO X RURAL DISPERSO ☐ RESTO RURAL ☐		

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	IPS	IPS ODONTOLÓGICA
3332427976.	ingcarolinangulo087@hotmail.com	7236	

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

39. Nombre o Razón Social	40. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	41. Número documento de identidad	DV	42. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Martha C. Angulo Posse X	NI TI CC CE SC PA CD PE PT	1.110.460.851.		Independiente

43. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRÓNICO
Calle 23 # 66-39 T.7 Apto 703	Bogotá	Bogotá	ingcarolinangulo087@hotmail.com

TELÉFONO FIJO (EXT)	FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	OCUPACIÓN	SALARIO
3332427976	01 03 2024	Independiente	Independiente	$2.280.426

IX. FIRMAS

* Martha Carolina Angulo Posse

61. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique

62. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

Vigilado Supersalud

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1034670710

Indicativo Serial: 55269030

55269030

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 49 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Z F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SUAREZ	ANGULO

Nombre(s): EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes SEP Día 23	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14971869-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1110460851 de IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SUAREZ NUÑEZ PAULO GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80070854 de BOGOTA D C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SUAREZ NUÑEZ PAULO GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80070854 de BOGOTA D C	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
No. 0 de 0	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
No. 0 de 0	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes OCT Día 04	JESUS GERMAN RUSINQUE FORERO Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner

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

Bogotá D.C., 01 de Abril de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE	1.110.460.851

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 8299Tarifa ICA 9.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. **ADRES-CPS-292-2024**
Fecha de Inicio:06/03/2024 Fecha de Terminación: 05/09/2024
Valor total del Contrato: $34.206.396Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: $ 5.701.066

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 (*)
RC	1034670710	EMMANUEL SUAREZ ANGULO	HIJO

(*) 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.

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

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.
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 XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX 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.

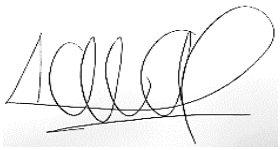
_____

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:
Cédula de ciudadanía No. 1.110.460.851 de Ibagué
Bogotá D.C., 01/04/2024

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14946331592

(415)7707212489984(8020) 000001494633159 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 0 4 6 0 8 5 1	4	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	1 1 1 0 4 6 0 8 5 1	2 0 0 5 0 7 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ANGULO	POSSE	MARTHA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Funza 2 8 6

41. Dirección principal: CALLE 15 28 20 CASA 48

42. Correo electrónico: ingcarolinangulo87@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 3 7 5 0 3 9 6	

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
8 2 1 1	2 0 2 0 0 7 2 8	8 2 9 9	2 0 1 5 0 6 0 1		7 0 2 0	4 5 3 0	2 1 4 5	1

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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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 - 09 - 12 / 05 : 27: 10

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14946331592

(415)7707212489984(8020) **000001494633159 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 1 0 4 6 0 8 5 1	4	Impuestos de Bogotá	3 2	

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 0 8 0 1 2 9	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 8 0 1 2 9	
77. No. Matrícula mercantil	1 8 8 0 3 3	
78. Departamento	7 3	
79. Ciudad/Municipio	1 6	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1		Año Mes Día		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14946331592

(415)7707212489984(8020) **000001494633159 2**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 1 1 0 4 6 0 8 5 1	4	Impuestos de Bogotá	3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio de partes, piezas (autopartes) y accesorios (lujos) para vehículo 4 5 3 0	

162. Nombre del establecimiento: BOUTIQUE AUTOMOTRIZ 180°

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1	

165. Dirección: CR 7 27 A 15 BRR BELALCAZAR

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
1 8 8 0 3 4	2 0 0 8 0 1 2 9	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	
3 2 1 3 7 5 0 3 9 7		

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE identificado(a) con C.C No. 1.110.460.851, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 23 de marzo del 2024.

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

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:** Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387 **EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-02-01

Nombres y apellidos: MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE
Fecha de nacimiento: 01/01/1987
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: CONTRATISTA

CC: 1110460851
Edad: 37 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-02-01 / 11:30:45
Fecha salida: 2024-02-01 / 11:44:58



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: **CONTROL ANUAL**

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Dr Enrique Zabaleta
Especialista SST
Lic.10479

ENRIQUE MANUEL ZABALETA CASTELLANOS
RM: 1126419701
Firma y sello del médico

MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE
CC: 1110460851
Firma del paciente

Powered by CamScanner

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA OCCIDENTE 2 **DIRECCIÓN:** Av. Carrera 68 # 17-96, Centro Industrial **CIUDAD DE LA SEDE:** BOGOTÁ

TELÉFONO: 6014146397 - 6014146387 **EMAIL:** citas.occidente2@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:** 2024-02-01

Nombres y apellidos: *MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE*
Fecha de nacimiento: *01/01/1987*
Empresa: *PARTICULAR*
Empresa usuaria:
Cargo: *CONTRATISTA*

CC: 1110460851
Edad: 37 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-02-01 / 11:30:45
Fecha salida: 2024-02-01 / 11:44:58



as presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
ecomendaciones generales, laborales y extralaborales:

. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:
. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

Dr Enrique Zabaleta Especialista SST Lic.10479

ENRIQUE MANUEL ZABALETA CASTELLANOS
RM: 1126419701
Firma y sello del médico

MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE
CC: 1110460851
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Powered by CamScanner