CIUDAD: BOGOTÁ D.C.
FECHA: 02/05/2024

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: ROSA MILENA GUALTEROS AMAYA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1,073,381,735

CONTRATO No.: ADRES-CPS-294-2024

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 médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de transito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza 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: 08 de abril de 2024 **HASTA:** 30 de abril de 2024

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES TRECIENTOS SETENTA MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE pesos moneda corriente ($4.370.817)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 86C # 49A-64

TELÉFONO: 3125175729



FIRMA
ROSA MILENA GUALTEROS AMAYA
C.C. 1.073.381.735

Contrato No.	**ADRES-CPS-294-2024**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Rosa Milena Gualteros Amaya		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	LUISA FERNANDA DIAZ GONZALEZ	**Teléfono / Extensión**	1868
Dependencia	Dirección de 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 inmersas en procesos judiciales requeridos por la Oficina Asesora Jurídica y que han sido presentadas por 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, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la verificación y validación de las causales incluidas en los procesos de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	08/04/2024	**Fecha de Terminación**	7/10/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	8/04/2024	**Hasta**	30/04/2024
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 efectuó la revisión y verificación de las cuentas correspondientes a los procesos: **1.** Clínica Altos de San Vicente –hallazgos de habilitación – se revisaron 64 Ítems. **2.** PAU Salud LTDA-concepto Técnico - 20234201136211-Reintegros – Se revisaron 8 ítems. **3.** Famisanar EPS-Concepto técnico-20241226067 51-Reintegros – se revisaron 55 ítems. **4.** Fundación Hospital San José de Buga– Concepto	Se adjunta archivo denominado Cumplimiento de Obligaciones 1, 2,3. (abril).xlsx	Ninguna para e período evaluado.

		Tecnico-20221600737571 – Reintegros – se revisaron 3 ítems. Total Ítems revisados 139.		
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 efectuó la revisión y verificación de las cuentas correspondientes a los procesos: **1.** Clínica Altos de San Vicente –hallazgos de habilitación – se revisaron 64 Ítems. **2.** PAU Salud LTDA-concepto Técnico -20234201136211- Reintegros – Se revisaron 8 ítems. **3.** Famisanar EPS-Concepto técnico-2024122606751-Reintegros – se revisaron 55 ítems. **4.** Fundación Hospital San José de Buga– Concepto Tecnico-20221600737571 – Reintegros – se revisaron 3 ítems. Total Ítems revisados 139.	Se adjunta archivo denominado Cumplimiento de Obligaciones 1, 2,3. (abril).xlsx	Ninguna para el período evaluado.
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 cumplió y reporto las metas de productividad y calidad sobre la revisión y verificación de las cuentas de los siguientes archivos: **1.** Clínica Altos de San Vicente –hallazgos de habilitación – se revisaron 64 Ítems. **2.** PAU Salud LTDA-concepto Técnico -20234201136211-	Se adjunta archivo denominado Cumplimiento de Obligaciones 1, 2,3. (abril).xlsx	Ninguna para el período evaluado.

		Reintegros – Se revisaron 8 ítems. **3.** Famisanar EPS- Concepto técnico- 2024122606751- Reintegros – se revisaron 55 ítems. **4.** Fundación Hospital San José de Buga– Concepto Tecnico- 20221600737571 – Reintegros – se revisaron 3 ítems. Total Ítems revisados 139.		
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 evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	Ninguna para el período evaluado.
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se participó en las siguientes reuniones: **1.** Reunión virtual (Capacitación Conceptos Técnicos) 17/04/2024 **2.**Reunión virtual (Inducción Seguridad y Salud en el Trabajo) /19/04/2024 **3.** Reunión virtual (El café de la Gestión) 18/04/2024.	Se adjunta archivo denominado Cumplimiento de Obligación 5. (abril).pdf	Ninguna para el período evaluado.

		4. Reunión virtual (Validación de hallazgos de habilitación) 23/04/2024 **5.** Reunión Virtual (El café de la Gestión) 25/04/2024		
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.	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica para el período	Ninguna para el período evaluado.
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 evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica para el período	Ninguna para el período evaluado.

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



Firma del Contratista
Rosa Milena Gualteros Amaya
Fecha: 2/05/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP $ 34.206.396	**COP $0**	**COP $4.370.817**	**COP $ 0**	**COP $ 29.835.579**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CUATRO MILLONES TRECIENTOS SETENTA MIL OCHOCIENTOS DIECISIETE pesos moneda corriente ($4.370.817)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9466150648	$218.600	1/04/2024	30/04/2024	24/04/2024
Pensión	9466150648	$279.800	1/04/2024	30/04/2024	24/04/2024
ARL	9466150648	$9.200	1/04/2024	30/04/2024	24/04/2024

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:



LUISA FERNANDA DIAZ GONZALEZ
Supervisor

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 2/05/2024

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

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

Bogotá D.C., 02 de Mayo de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Rosa Milena Gualteros Amaya	1'073.381.735

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 8692, Tarifa ICA 9,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-294-2024
Fecha de Inicio: 08/04/2024 Fecha de Terminación: 07/10/2024
Valor total del Contrato: $ 34.206.396 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor de fracción abril 2024: $4.370.817

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 (*)

(*) 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 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. 1’073.381.735 de Simijaca
Bogotá D.C., 02/05/2024

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14985001011

(415)7707212489984(8020) 000001498500101 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1073381735	5	Impuestos de Bogotá 32	

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 13	1073381735	2007-05-23

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Simijaca 745

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUALTEROS	AMAYA	ROSA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 169	Cundinamarca 25	Simijaca 745

41. Dirección principal: SEC RETEN VDA PANTANO

42. Correo electrónico: miled089@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3125175729	

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
8692	2015-07-13	0141	2017-10-10					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 49

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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 2024-02-24 / 12:03:09

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: GUALTEROS AMAYA ROSA MILENA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL

Licencia en Seguridad y Salud en el Trabajo 1567 del 2023
CÓDIGO DE HABILITACIÓN SECRETARIA DE SALUD DPTAL: 11 001 37 12 201

CERTIFICADO MEDICO LABORAL B248705

Sede de atención: BOGOTA :: Ciudad de atención: BOGOTÁ :: Fecha de atención: 2024-03-05 10:03 :: Fecha de impresión: 2024-03-05 (1000789741)



Datos de la Empresa

RAZÓN SOCIAL:	PARTICULARES EN SEDE	TELEFONOS:	NO APLICA
DIRECCIÓN:	NO APLICA	PROFESIOGRAMA:	No
NIT:	888888888	Ciudad:	NO APLICA - NO APLICA
EMPRESA MISIÓN:	PARTICULARES BOGOTA		

Datos del Usuario

NOMBRE:	ROSA MILENA GUALTEROS AMAYA	IDENTIFICACION:	CC 1.073.381.735
DIRECCIÓN:	CALLE 86 49 A 64	EDAD:	35 AÑOS
CARGO:	INDEPENDIENTE	GÉNERO:	FEMENINO
DOMINANCIA:	DIESTRO	TELEFONOS:	3125175729
TIPO DE EXAMEN:	PRE - INGRESO	ESTADO CIVIL:	SOLTERO(A)

Servicios Realizados

Las recomendaciones medicas se definieron con base a los resultados de los siguientes exámenes practicados:
CONSULTA DE MEDICINA OCUPACIONAL
- ÉNFASIS OSTEOMUSCULAR

Conducta Medico Laboral para el Cargo

CONDICIONES ADECUADAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Conducta Médico para Énfasis Osteomuscular	EVALUACIÓN SATISFACTORIA ASOCIADA AL ÉNFASIS

Vacunación COVID19

¿Esta vacunado para COVID19?	Cantidad de Dosis Aplicadas	Marca de la Vacuna
Si	3	SINOVAC

Estilos de vida Saludables para el Usuario

- ☑ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE LA JORNADA LABORAL.
- ☑ REALIZAR HIGIENE POSTURAL INTRA Y EXTRALABORAL.
- ☑ DIETA BAJA EN GRASAS
- ☑ MANTENER PESO SALUDABLE.
- ☑ REALIZAR ACTIVIDAD FISICA EN SU TIEMPO LIBRE.
- ☑ ASISTIR A PROGRAMAS DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN EN EPS SEGÚN EDAD Y GENERO.
- ☑ USO DE BLOQUEADOR SOLAR PARA ACTIVIDADES EN QUE EXISTA EXPOSICION A LUZ SOLAR.

Recomendaciones Laborales

☑ NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Recomendaciones Laborales	NO APLICA

Restricciones Laborales

☑ NINGUNA

Temporalidad o Vigencia de Restricciones Laborales	NO APLICA

Consentimiento Informado y Autorización para Tratamiento de Datos Personales

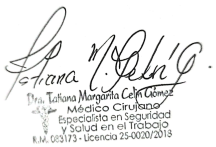
Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL, a realizar en mi examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), registrado(s) en este documento. El (la) Profesional de la Salud abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las recomendaciones, las limitaciones y riesgos del examen medico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de los exámenes.

Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y que tuve oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es). Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) está(n) completa(s) y verídica(s). Autorizo a I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL para que suministre las personas o entidades contempladas en la misma legislación la información contenida en estos exámenes. Finalmente manifiesto que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento para la realización de los exámenes médicos.

Así mismo notifico que la I.P.S. CENTRO DE DIAGNOSTICO OCUPACIONAL me informo que de conformidad con lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Artículo 2.2.4.6.10, Numeral 1, debo procurar el cuidado integral de mi salud, por lo anterior debo acoger y dar tratamiento a las recomendaciones y restricciones dadas por el medico laboral durante la consulta medica y las emitida en este documento, las cuales estarán sujetas al seguimiento y control periódico. De igual manera, certifico que he sido retroalimentado sobre los resultados de mi valoración médica ocupacional y las medidas de prevención que debo tomar, de acuerdo con lo exigido por la Res.0312-19 Cap. 3, Art 16.

Dando cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y de conformidad con lo señalado en el Decreto 1377 de 2013, con mi firma manifiesto que he sido informado por SERVICIOS DE GESTIÓN INTEGRADA S.A.S al respecto del tratamiento de datos personales de los cuales soy titular.

EL PRESENTE CERTIFICADO NO ASEGURA QUE SE REALICE LA CONTRATACIÓN CORRESPONDIENTE POR PARTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE. Verifique la autenticidad del presente documento a través de la consulta del código QR.



TATIANA MARGARITA CELIN GOMEZ
PROFESIONAL DE LA SALUD - MEDICO ESPECIALISTA SST
TARJETA PROFESIONAL No. 3173 / LIC SST 25-0020 DE 2018



ROSA MILENA GUALTEROS AMAYA
C.C. 1.073.381.735
PACIENTE

Email: pqrs@sgi.com.co :: Sitio web: www.ipscdo.com.co - www.alturasyanclajes.com

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073381735		GUALTEROS AMAYA ROSA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 21 88	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	595588384	9466150648	I	2024/05/09	2024/04/24	NEQUI	0	$507,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,748,360	$279,800			$1,748,360	$218,600			$0	$0			$1,748,360	$9,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,748,360	$279,800			$1,748,360	$218,600			$0	$0			$1,748,360	$9,200		$0	$0
Ciudad: CHIQUINQUIRA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,748,360	$279,800			$1,748,360	$218,600			$0	$0			$1,748,360	$9,200		$0	$0
1	CC	1073381735	GUALTEROS ROSA	230301	30	$1,748,360	$279,800	EPS008	30	$1,748,360	$218,600		0	$0	$0	14-23	30	$1,748,360	$9,200	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$1,748,360	$279,800			$1,748,360	$218,600			$0	$0			$1,748,360	$9,200		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1073381735		GUALTEROS AMAYA ROSA MILENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 12 21 88	CHIQUINQUIRA-BOYACA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-04	2024-04	595588384	9466150648	I	2024/05/09	2024/04/24	NEQUI	0	$507,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$279,800	$0	$0	$279,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$279,800	$0	$0	$279,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,200	$0	$0	$9,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,200	$0	$0	$9,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,600	$0	$0	$218,600
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$218,600	$0	$0	$218,600
TOTAL				1	$507,600	$0	$0	$507,600

2024/04/24 03:20 PM