

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS-666-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YEIMMY ALEXANDRA GARNICA GONZALEZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	EDINSON MAURICIO HERNÁNDEZ MANRIQUE	Teléfono / Extensión	3003750034
Dependencia	Direccion 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 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	05 de Agosto de 2024	Fecha de Terminación	31 de Diciembre de 2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	5 de Agosto de 2024	Hasta	31 de Agosto de 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 Adelantar la verificación y aplicación de los criterios de auditoria establecidos al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como para las atenciones en salud e indemnizaciones	Se realizó la revisión de los soportes presentados por la entidad recobrante a la ADRES de la muestra seleccionada de los paquetes correspondientes en las siguientes matrices de recobros: 1. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP	Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

	<p>por accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origen natural con el fin de establecer el estado final de cada recobro y/o reclamación y el valor a reconocer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - JEIMMY 06 AGOSTO – 356 ITEMS DE 353 RECOBROS 2. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 08 AGOSTO - 146 ITEMS DE 104 RECOBROS 3. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 09082024(1) (1) – 160 ITEMS DE 77 RECOBROS 4. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 2 AL 16 AGOSTO (2) - 825 ITEMS 825 RECOBROS 5. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 22 AL 23 AGOSTO – 388 ITEMS 382 RECOBROS 		
2	<p>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.</p>	<p>Se registraron los resultados de las tareas adelantadas en las herramientas y formatos aplicables para el fin de acuerdo con los alcances y la instrucción definida por el supervisor del contrato y la respectiva coordinación de grupo en las siguientes matrices de recobros:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 06 AGOSTO – 	<p>Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7</p>	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

		<p>356 ITEMS DE 353 RECOBROS</p> <p>2. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 08 AGOSTO - 146 ITEMS DE 104 RECOBROS</p> <p>3.</p> <p>4. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 09082024(1) (1) – 160 ITEMS DE 77 RECOBROS</p> <p>5. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 2 AL 16 AGOSTO (2) - 825 ITEMS 825 RECOBROS</p> <p>6. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 22 AL 23 AGOSTO – 388 ITEMS 382 RECOBROS</p>		
3	<p>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.</p>	<p>Se da cumplimiento a las metas de productividad en el proceso de verificación de las calidad de la auditoria de las siguientes matrices de recobros:</p> <p>1. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 06 AGOSTO – 356 ITEMS DE 353 RECOBROS</p> <p>2. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 08 AGOSTO -</p>	<p>Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7</p>	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

		<p>146 ITEMS DE 104 RECOBROS</p> <p>3. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 09082024(1) (1) – 160 ITEMS DE 77 RECOBROS</p> <p>4. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 2 AL 16 AGOSTO (2) - 825 ITEMS 825 RECOBROS</p> <p>5. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 22 AL 23 AGOSTO – 388 ITEMS 382 RECOBROS</p>		
4	<p>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, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, 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 de otras prestaciones.</p>	<p>En el periodo objeto de cobro no se evidenciaron hallazgos en la revisiones de calidad de los paquetes verificados. Se realizó la revisión de los soportes presentados por la entidad recobrante a la ADRES de la muestras seleccionada de los paquetes correspondientes en las siguientes matrices de recobros:</p> <p>1. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 06 AGOSTO – 356 ITEMS DE 353 RECOBROS</p> <p>2. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 08 AGOSTO - 146 ITEMS DE 104 RECOBROS</p>	<p>Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7</p>	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

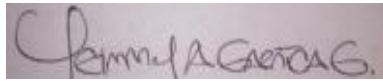
		3. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 09082024(1) (1) – 160 ITEMS DE 77 RECOBROS 4. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 2 AL 16 AGOSTO (2) - 825 ITEMS 825 RECOBROS 5. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 22 AL 23 AGOSTO – 388 ITEMS 382 RECOBROS		
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y demás actividades que se requieran con relación al alcance y objeto contractual, así como en la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones.	Se participo activamente en capacitaciones del mes de Junio de 2024 1. ACTIVIDAD CON DIRECTOR DE LA DOP 01/8/2024	Se anexa obligación 5	N/A
6	Informar oportunamente al líder del proceso, al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones 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	Durante la validacion de los paquetes de recobros 1. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 06 AGOSTO 2. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 08 AGOSTO 3. LBASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 09082024(1) (1)	Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

	General de Seguridad Social en Salud y documentarla según lo observado en su actividad de verificación.	4. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 2 AL 16 AGOSTO (2) 5. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 22 AL 23 AGOSTO		
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones	<p>En el periodo objeto de cobro no se evidenciaron hallazgos en la revisiones de calidad de los paquetes verificados.</p> 1. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 06 AGOSTO – 356 ITEMS DE 353 RECOBROS 2. BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - JEIMMY 08 AGOSTO - 146 ITEMS DE 104 RECOBROS 3. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 09082024(1) (1) – 160 ITEMS DE 77 RECOBROS 4. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 2 AL 16 AGOSTO (2) - 825 ITEMS 825 RECOBROS 5. BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - JEIMMY 22 AL 23 AGOSTO – 388 ITEMS 382 RECOBROS.	Se anexan obligaciones 1.2.3.4.6.7	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

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



Firma del Contratista
Fecha: 2/09/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP 28.505.330	COP 0	COP 4.940.910	COP 0	COP 23.564.420

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS m/cte (\$4.940.910)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	78975336	285.100	01/07/2024	31/07/2024	29/07/2024
Pensión	78975336	365.000	01/07/2024	31/07/2024	29/07/2024
ARL	78975336	12.000	01/07/2024	31/07/2024	29/07/2024

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: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

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	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información
ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"> 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. <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:


EDINSON MAURICIO HERNANDEZ MANRIQUE
 Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 2/09/2024

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

ⁱIncluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

CIUDAD: Bogotá

FECHA: 2 de septiembre 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: Yeimmy Alexandra Garnica Gonzalez

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 1.015.417.938

CONTRATO No.: ADRES-CPS-666-2024

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: 5 de agosto de 2024 HASTA: 31 de Agosto de 2024

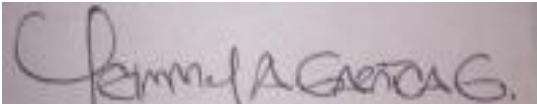
CUATRO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA MIL NOVECIENTOS DIEZ PESOS m/cte (\$4.940.910)

LA SUMA DE:

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: Calle 74 C # 70 21

TELÉFONO: 3008502241



FIRMA
C.C 1015417938

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

Bogotá D.C., 02 de Septiembre de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Yeimmy Alexandra Garnica Gonzalez	1.015.417.938

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-666-2024

Fecha de Inicio: 05/8/2024 Fecha de Terminación: 31/12/202

Valor total del Contrato: \$28.505.330 Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor por concepto de Honorarios 2024: 4.940.910

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 XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXX 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, Obligación_____N/A_____de_____N/A_____, 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. _____NA_____ del Banco _____NA_____, 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 _____NA_____ la suma de (\$) _____NA_____), 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.

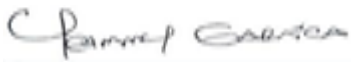
NA_____

- 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**

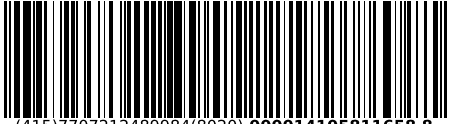
8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,



Firma:

Cédula de ciudadanía No. 1.015.417.938 de Bogotá
Bogotá D.C., 02 septiembre de 2024

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141058116588			
				 (415)7707212489984(8020) 000014105811658 8			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 1 5 4 1 7 9 3 8		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 1 5 4 1 7 9 3 8		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
31. Primer apellido GARNICA		32. Segundo apellido GONZALEZ		33. Primer nombre YEIMMY		34. Otros nombres ALEXANDRA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
41. Dirección principal CL 74 C 70 21							
42. Correo electrónico alexandra4119@hotmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 0 0 8 5 0 2 2 4 1		45. Teléfono 2 6 0 1 9 0 9 0 0 3 1			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 2 9 9	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 0 0 3 0 5	48. Código 0 0 1 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 0 9 0 1 0 1	50. Código 1 2	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios 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 2024 - 07 - 05 / 19 : 33: 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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA			
				985. Cargo			



Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653705

NIT: 830029102

Dirección: CARRERA 24 N. 85-23

Teléfono: 4320260

Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	Fecha y hora de ingreso:	2023-06-30 07:42
No. Ingreso:	172719	Fecha y hora de salida:	2023-06-30 07:55
Nombre:	YEIMMY ALEXANDRA GARNICA GONZALEZ	Empresa Convenio:	Particular
Cargo:	INDEPENDIENTE	Empresa Contratante:	Particular
CC:	1015417938	Tipo de Examen:	Pre Ingreso
Sede:	Polo II	Empresa en misión:	Particular



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos

Resultado

Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso

Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:

SE REALIZA EXAMEN OCUPACIONAL

RECOMENDACIONES MÉDICAS

PAUSAS ACTIVAS ; USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL ; INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Auditiva - Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.
- General - adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos específicos emitidos por el ministerio de salud.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Control médico integral en programas de promoción y prevención en su EPS/ARL según grupo etéreo y de riesgo a través de la EPS / ARL.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

NA

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.
- Control de promoción y prevención en su EPS/ARL.

Polo II

Dirección: CARRERA 24 N. 85-23 Telefono: 4320260

**Certificado Médico Ocupacional**

Código Prestador: 110010653705

NIT: 830029102

Dirección: CARRERA 24 N. 85-23

Teléfono: 4320260

Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Profesional: ROSALBA HUERTAS MARTINEZ
CC: 52727485
Reg. Médico: 81621-08
Licencia Ocupacional: 5188 del 17/11/2020

Paciente: YEIMMY ALEXANDRA GARNICA GONZALEZ
CC: 1015417938

Polo II

Dirección: CARRERA 24 N. 85-23 Teléfono: 4320260

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2024-07	2024-07	I	29/07/2024	78975336	\$662.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	285.100	0		0		0	0	0	0	285.100	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	365.000	0	0	0	0	0	0		365.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.000				12.000	0	0	12.000			120	12.000	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	285.100	285.100
Pensión	1	365.000	365.000
Riesgos Laborales	1	12.000	12.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	662.100	662.100

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1015417938	YEIMMY ALEXANDRA GARNICA GONZALEZ		CL 74 A 70 21	9090031	ALEXANDRA.GONZALEZ0510@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-07	2024-07	I	29/07/2024	78975336	\$662.100
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN								SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	MA	MA	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	1015417938	GARNICA GONZALEZ YEIMMY ALEXANDRA	59	0		N																			230301	2.280.800	365.000	0	0	0	0	EPS002	2.280.800	285.100	14-23	2.280.800	1	12.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA