CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 12/08/2024

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: Yolima Constanza Pinilla Nuñez

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 53.103.132 de Bogota

CONTRATO No.: ADRES-CPS-280 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: 16/07/2024 **HASTA:** 31/07/2024

LA SUMA DE: DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/C ($2'850,533)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 8 d Nº 80 d 09

TELÉFONO: 3183392867

FIRMA
C.C 53.103.132

ADRES	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-280-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Yolima Constanza Pinilla Nuñez		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	CAMILO ALBERTO ALFARO JIMÉNEZ	**Teléfono / Extensión**	601 4322760
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	07/02/2024	**Fecha de Terminación**	6/08/2024

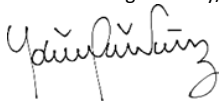
Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	16/07/2024	**Hasta**	31/07/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	07/06/2024 (Recibió en cesión SANDRA YANNETH GOMEZ FIERRO) 16-07-2024 (Recibió en cesión YOLIMA CONSTANZA PINILLA NUÑEZ)			

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, verificación de 3154 ítems de las cuentas y los soportes correspondientes a los paquetes Distribución_Extempo Distribución_G62RG	Se anexa soporte de archivos en Excel. Carpeta obligaciones 1,2,3	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 registró los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y los formatos establecidos. De 3154 ítems de las cuentas A los paquetes. Distribución_Extempo Distribución_G62RG	Se anexa soporte de archivos en Excel. carpeta obligaciones1,2,3	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	Se cumplió y reportó con las metas de productividad y calidadfijadas por el supervisor. Establecidos de 3154 ítems de las cuentas de los paquetes. Distribución_Extempo Distribución_G62RG	Se anexa soporte de archivos en Excel. carpeta obligaciones1,2,3	N/A

	establecidos normativamente y/o a los indicados.			
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 de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación	N/A	N/A
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se participo activamente en las reuniones citadas en el mes de Julio. 17_07_2024 Contingencia reclamaciones.	Se adjunta archivos PDF nombrados: Obligación 5_Reuniones_Julio	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.	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa 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	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	N/A	N/A

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



Yolima Constanza Pinilla Núñez
Firma del Contratista
Fecha: 12/08/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar

$ 34.206.396	$ 30.215.650	$ 2.850.533	$0	$ 1.140.213

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de VALOR EN LETRAS DOS MILLONES OCHOCIENTOS CINCUENTA MIL QUINIENTOS TREINTA Y TRES PESOS M/C ($2.850.533).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9471172636	$ 285.200	01/08/2024	31/08/2024	12/08/2024
Pensión	9471172636	$. 365.000	01/08/2024	31/08/2024	12/08/2024
ARL	9471172636	$12000	01/08/2024	31/08/2024	12/08/2024

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., 12/08/2024

[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., 12 de Agosto de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Yolima Constanza Pinilla Núñez	53.103.132

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 8211, Tarifa ICA 9.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-280-2024
Fecha de Inicio: 07/02/2024 Fecha de Terminación: 06/08/2024
Valor total del Contrato: $34.206.396 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: $ 2'850,533

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	1014999002	Angie Valeria Ríos Pinilla	Hija

(*) 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 Luis Ángel Ríos Aguirre identificado (a) con la C.C. No. 80.312.835 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.

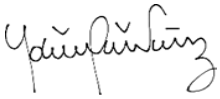
_____

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:
Yolima Constanza Pinilla Núñez
Cédula de ciudadanía No. 53.103.132 de Bogotá
Bogotá D.C., 12 de Agosto de 2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1014999002

Indicativo Serial: 55899624

55899624

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 64 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 J

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

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIOS	PINILLA

Nombre(s): ANGIE VALERIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes AGO Día 26	FEMENINO	O	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14369878-6

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: PINILLA NUÑEZ YOLIMA CONSTANZA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 53103132 de BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RIOS AGUIRRE LUIS ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80312835 de CACHIPAY	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RIOS AGUIRRE LUIS ANGEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 80312835 de CACHIPAY	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes SEP Día 04	CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	CERVELEON RODRIGUEZ HERRERA Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

TOMO 68 FOLIO 242

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

REPÚBLICA DE COLOMBIA Cerveleón Rodríguez Herrera Notario 64 BOGOTÁ, D.C.

EL NOTARIO 64 DEL CÍRCULO DE BOGOTÁ D.C. 64
El Notario Certifica:
Esta copia autentica (fotocopia) del resgistro original el cual reposa en el archivo del registro del estado civil de esta notaria.
Art. 114 y 115 Decreto 1260 de 1970
04 FEB. 2019
Bogotá, D.C.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 141075043584

(415)7707212489984(8020) 000014107504358 4

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

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
PINILLA	NUÑEZ	YOLIMA	CONSTANZA

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: CL 8 D 80 D 09 BRR VALLADOLID AP 301

42. Correo electrónico: yolima.pinillan@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 8 3 3 9 2 8 6 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 2 1 1	2 0 0 8 1 2 1 7	7 0 1 0	2 0 2 0 0 4 1 4			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos

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 2024 - 07 - 27 / 14 : 26: 42

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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

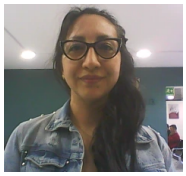
CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

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:** 2024-07-06

Nombres y apellidos: YOLIMA CONSTANZA PINILLA NUÑEZ
Fecha de nacimiento: 25/08/1985
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INDEPENDIENTE

CC: 53103132
Edad: 38 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-07-06 / 07:14:33
Fecha salida: 2024-07-06 / 07:14:33



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:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:
- CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA.
- USO DE LENTES CORRECTIVOS.

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.

Dra. Karla Canelon
MEDICA ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1094861739

KARLA LISBETH CANELON ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

YOLIMA CONSTANZA PINILLA NUÑEZ
CC: 53103132
Firma del paciente

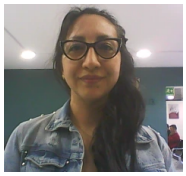
RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

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:** 2024-07-06

Nombres y apellidos: YOLIMA CONSTANZA PINILLA NUÑEZ
Fecha de nacimiento: 25/08/1985
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: INDEPENDIENTE

CC: 53103132
Edad: 38 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2024-07-06 / 07:14:33
Fecha salida: 2024-07-06 / 07:14:33



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

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA. - USO DE LENTES CORRECTIVOS.

Dra. Karla Canelon
MEDICA ESPECIALISTA
SALUD OCUPACIONAL
R.M. 1094861739

KARLA LISBETH CANELON ARAUJO
RM: 1094861739
Firma y sello del médico

YOLIMA CONSTANZA PINILLA NUÑEZ
CC: 53103132
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

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 53103132		PINILLA NUÑEZ YOLIMA CONSTANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 8D No. 80D 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	835164417	9471172636	I	2024/09/09	2024/08/12	BANCOLOMBIA	0	$662,200

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)					$2,281,000	$365,000			$2,281,000	$285,200			$0	$0			$2,281,000	$12,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,281,000	$365,000			$2,281,000	$285,200			$0	$0			$2,281,000	$12,000		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,281,000	$365,000			$2,281,000	$285,200			$0	$0			$2,281,000	$12,000		$0	$0
1	CC	53103132	PINILLA YOLIMA	230301	30	$2,281,000	$365,000	EPS005	30	$2,281,000	$285,200		0	$0	$0	14-23	30	$2,281,000	$12,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,281,000	$365,000			$2,281,000	$285,200			$0	$0			$2,281,000	$12,000		$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 53103132		PINILLA NUÑEZ YOLIMA CONSTANZA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 8D No. 80D 09	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-08	2024-08	835164417	9471172636	I	2024/09/09	2024/08/12	BANCOLOMBIA	0	$662,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$365,000	$0	$0	$365,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$365,000	$0	$0	$365,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,000	$0	$0	$12,000
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,000	$0	$0	$12,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$285,200	$0	$0	$285,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$285,200	$0	$0	$285,200
TOTAL				1	$662,200	$0	$0	$662,200