CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 3-feb-25

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: LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.070.954.939

CONTRATO No.: ADRES-CPS-137-2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES liderando el proceso de auditoría de reclamaciones de personas jurídicas en la definición de criterios de auditoría e implementación, seguimiento y evaluación de los procesos de liquidación, reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni presupuestos máximos y/o servicios complementarios y de 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 en el procedimiento de reintegro de recursos de salud apropiados o reconocidos sin justa causa ID-028.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 22-ene-25 **HASTA:** 31-ene-25

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL PESOS ($4.134.000) M/CTE).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CARRERA 81 #68b-40

TELÉFONO: 3113584113

Yohanna Cardona

FIRMA
C.C 1.070.954.939

Contrato No.	ADRES-CPS-137-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	JHAN PIERO CAMPOS	**Teléfono / Extensión**	4322470/1850
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES liderando el proceso de auditoría de reclamaciones de personas jurídicas en la definición de criterios de auditoría e implementación, seguimiento y evaluación de los procesos de liquidación, reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni presupuestos máximos y/o servicios complementarios y de 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 en el procedimiento de reintegro de recursos de salud apropiados o reconocidos sin justa causa ID-028-DOP		
Fecha de Inicio	22/01/2025	**Fecha de Terminación**	21/09/2025

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	22/01/2025	**Hasta**	31/01/2025
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	Realizar las actividades de seguimiento, implementación, verificación, definición y control de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural,	Se realiza actividades de seguimiento, implementación, verificación, definición y control en la auditoría integral de reclamaciones en las cuales se realiza la verificación y seguimiento de la auditoria efectuada al paquete 29088 Y 29092 propendiendo por el cumplimiento de	Se anexa pantallazo de asistencia a capacitación y/o seguimiento.	Ninguna

	terroristas y accidentes de tránsito, de conformidad con el marco normativo vigente y con la observancia y aplicación de los procedimientos de la Dirección de Otras Prestaciones.	la aplicación de los criterios de auditoria establecidos en la normatividad vigente.		
2	Realizar el acompañamiento jurídico que requiera la Dirección de Otras Prestaciones en la revisión o elaboración de los manuales, procedimientos, relacionados con la auditoría por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito que le sean asignados por el supervisor del contrato.	Se realiza el acompañamiento jurídico requerido por la Dirección de Otras Prestaciones en la actualización del manual de auditoría de reclamaciones, el cual define la forma en que se adelanta el proceso de revisión y verificación de los requisitos y condiciones para el reconocimiento y pago de reclamaciones por parte de la ADRES.	Se anexa pantallazo de correo electrónico enviado.	Ninguna
3	Proyectar las respuestas a las peticiones y diferentes requerimientos de los particulares, entes de control y demás autoridades relacionadas con la auditoría por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito que le asigne el supervisor del contrato en el marco del objeto del contrato.	Se proyecta las respuestas a las solicitudes realizadas por parte de GIVRA y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS en relación con aclaración de dudas de glosas y lineamientos de auditoría de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito.	Se anexa pantallazo de correos enviados con respuesta.	Ninguna.
4	Participar en las reuniones y eventos relacionados con la socialización, implementación y aplicación de los criterios de auditoría a los grupos que participan dentro del proceso de revisión y verificación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito en aquellos casos que le solicite el supervisor del contrato.	Se participó en las reuniones y eventos relacionados con la socialización, implementación y aplicación de los criterios de auditoría de reclamaciones nuevas y de respuesta a glosa al grupo auditor que participa en el proceso de revisión y verificación de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito, cuando se requiera.	Se anexa pantallazo teams de asistencia, capacitación y/o socialización.	Ninguna

5	Realizar las actividades de seguimiento al proceso de verificación de análisis de las reclamaciones o recobros asignados por el coordinador del grupo auditor y propender que estas actividades se realicen conforme a los criterios de auditoría establecidos en la normatividad vigente y el respectivo Manual de Auditoría de la Dirección de Otras Prestaciones.	Se realiza el seguimiento al proceso de verificación de análisis de las reclamaciones en proceso de auditoria al paquete 29088 y 29092, propendiendo por el cumplimiento de la aplicación de los criterios de auditoría establecidos en la normatividad vigente y el respectivo Manual de Auditoría.	Se anexa pantallazo de correo con seguimiento efectuado	Ninguna
6	Verificar el cumplimiento de las actividades relacionadas con el proceso de certificación de los pre cierres, cierres y comunicación de resultados de los paquetes producto de la auditoría integral por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito conforme los procedimientos y manuales de la Dirección de Otras Prestaciones en los casos que le sean asignados por el Supervisor del Contrato.	Se verifica el cumplimiento de las actividades relacionadas con el proceso de certificación del cierre del paquete 29083 producto de la auditoría integral por concepto reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito.	Se anexa pantallazo de correo con visto bueno de certificación de cierre y/o precierre.	Ninguna
7	Tramitar y apoyar al Grupo de Verificación de Auditorias de Cuentas de la Dirección de Otras Prestaciones en las actividades relacionadas con la revisión de las observaciones derivadas de la auditoría integral efectuada a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito en los casos asignados por el Supervisor del Contrato	Se realiza tramite y apoyo al Grupo de Verificación de Auditorias de Cuentas en la revisión de las observaciones derivadas de la auditoría integral de reclamaciones a los paquetes 29088 y 29092.	Se anexa pantallazo correo enviado con seguimiento	Ninguna

8	Elaborar los documentos conceptos e informes que se requieran durante el trámite de verificación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito; así como del proceso de reintegro de recursos a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa, que le sean asignados por el supervisor del contrato.	Se elabora respuesta a solicitud realizada por parte de los entes de control y prestadores de servicios de salud acerca de aclaración de dudas de glosas aplicadas en la auditoria y la nueva normatividad que regula el procedimiento de reconocimiento de reclamaciones.	Se anexa pantallazo de correo con respuesta a solicitud.	Ninguna
9	Participar en las reuniones virtuales y /o presenciales en que se solicite su asistencia por la relación de los temas a tratar con las actividades del objeto contractual, bajo la coordinación del supervisor del contrato.	Se participo en las reuniones con IPS para aclaración de dudas relacionadas con la aplicación de glosa en el proceso de auditoría.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión en teams. Se anexa pantallazo de asistencia a reunión en teams.	Ninguna
10	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	Se participó en reuniones de café de la dirección Se participó en la capacitación informes de avance de actividades. Se participó en los procesos de DOP. Se participó en la capacitación Siniestralidad vial.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams Se anexa pantallazo de correo enviado con solicitud de apoyo en la logística. Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams	Ninguna

		Se participó en la capacitación ERP (Oracle) Se participó en la implementación y aplicación de la resolución 0199844 de 2024	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams Se anexa pantallazo de correo enviado con solicitud. .	

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

Johanna Cardona

Firma del Contratista
Fecha: 3/02/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
110.240.000	**0**	**4.134.000**	**0**	**106.106.000**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CUATRO MILLONES CIENTO TREINTA Y CUATRO MIL PESOS ($**4.134.000**) M/CTE).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	

Salud	9481487797	$832.000	01/01/2025	31/01/2025	07/02/2025
Pensión	9481487797	$650.000	01/01/2025	31/01/2025	07/02/2025
ARL	9481487797	$27.200	01/01/2025	31/01/2025	07/02/2025

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

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	Ninguna.
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:	

Firmado por Jhan Piero Campos Cuellar el 14/02/2025 a las 18:00:39 COT

JHAN PIERO CAMPOS
Supervisor (es)/Interventor (es)

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., 3/02/2025

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

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 1070954939		CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81 nro 68b 40 piso 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3113584113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1251304758	9481487797	I	2025/02/11	2025/02/07	BANCOLOMBIA	0	$1,613,200

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)					$5,200,000	$832,000			$5,200,000	$650,000			$5,200,000	$104,000			$5,200,000	$27,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,200,000	$832,000			$5,200,000	$650,000			$5,200,000	$104,000			$5,200,000	$27,200		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,200,000	$832,000			$5,200,000	$650,000			$5,200,000	$104,000			$5,200,000	$27,200		$0	$0
1	CC	1070954939	CARDONA LEIDY	25-14	30	$5,200,000	$832,000	EPS008	30	$5,200,000	$650,000	CCF24	30	$5,200,000	$104,000	14-23	30	$5,200,000	$27,200	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$5,200,000	$832,000			$5,200,000	$650,000			$5,200,000	$104,000			$5,200,000	$27,200		$0	$0

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 1070954939		CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81 nro 68b 40 piso 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3113584113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1251304758	9481487797	I	2025/02/11	2025/02/07	BANCOLOMBIA	0	$1,613,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$832,000	$0	$0	$832,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$832,000	$0	$0	$832,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,200	$0	$0	$27,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$27,200	$0	$0	$27,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$104,000	$0	$0	$104,000
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$104,000	$0	$0	$104,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$650,000	$0	$0	$650,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$650,000	$0	$0	$650,000
TOTAL				1	$1,613,200	$0	$0	$1,613,200

ADRES

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

Bogotá D.C., 03 de febrero de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA	1.070.954.939

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-137-2025
Fecha de Inicio: 22/01/2025 Fecha de Terminación: 21/09/2025
Valor total del Contrato: $110.240.000 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2025: 4.134.000

Durante el año gravable 2023 fue declarante de renta SI ☒ NO ☐

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 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.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

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.
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, Obligacion2344546-4 de (Banco AV Villas), según certificación del año gravable 2024; 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 Skandia Pensiones y Cesantías S.A la suma de ($ 1.000.0000), 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.

ADRES

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

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 ($153.930), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

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)

9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Atentamente,

Atentamente,



Firma:
Leidy Yohanna Cardona Bayona
Cédula de ciudadanía No. 1070954939 de Bogotá
Bogotá D.C., 03/02/2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14745447107

(415)7707212489984(8020) 000001474544710 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 0 9 5 4 9 3 9	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 0 9 5 4 9 3 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Facatativá 2 6 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARDONA	BAYONA	LEIDY	YOHANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 80 69 07 PRIMER PISO

42. Correo electrónico: leyocaba@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 3 5 8 4 1 1 3	3 1 4 4 8 6 8 7 7 1

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 6 9 2	2 0 1 6 0 2 0 1	8 2 9 9	2 0 1 7 0 1 0 1			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 2 2 4	

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 7

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:

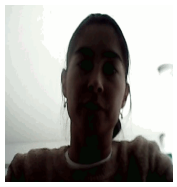
984. Nombre CUESTA VALOYES FELISA

985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL



EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA
FECHA 30/08/2024

DATOS PERSONALES

DOCUMENTO: CC.1070954939 **FEC. NACIMIENTO:** 02/08/1989 **EDAD:** 35 **SEXO:** F **PER. A CARGO:** 2
ESTADO CIVIL: SEPARADO **ESCOLARIDAD:** POSGRADO **ESTRATO:** 3 **TELEFONO:** 31135844113
L. NACIMIENTO: BOGOTA **DOMICILIO:** CR 81 68 B 40, ENGATIVA, BOGOTA
CORREO: LEYOCABA@HOTMAIL.COM

DATOS GENERALES

EMPRESA EN MISIÓN: N/A
TIPO DE EXAMEN: PRE-INGRESO
EPS: COMPENSAR **ARL:** POSITIVA **PENSIONES:** COLPENSIONES

INFORMACIÓN OCUPACIONAL

TIPO DE CARGO: OTRO
OTRO: NO REFIERE
CARGO A DESEMPEÑAR: ENFERMERA AUDITORA
TURNO: DIURNO **ANTIGUEDAD:** NO REFIERE
DESCRIPCION DEL CARGO: ENFERMERA AUDITORA

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

GENERALES: DEPRESION CONTROLADA

FAMILIARES: NINGUNO

OCULARES: NINGUNO

OTROS: PACIENTE ATENDIDO SEGUN PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD POR COVID 19.

VISIOMETRIA

OCUPACIÓN: ENFERMERA AUDITORA **TIEMPO EN EL OFICIO:** Años: 12 - Meses: 0
¿UTILIZA ALGUNA PROTECCIÓN?: NO
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA VISIOMETRÍA ANTERIORMENTE?: SI **FECHA ÚLTIMO EXAMEN:** 07/02/2018
¿TIENE LENTES FORMULADOS?: NO
FECHA ÚLTIMO CAMBIO DE LENTES: **¿USA LENTES ACTUALMENTE?:** NO
TIPO DE CORRECIÓN: NINGUNO **¿LOS PRESENTA AL EXAMEN?:** NO
FORMA DE USO:
PERMANENTES (NO) OCASIONALES (NO) PARA VER DE CERCA (NO) PARA VER DE LEJOS (NO) OTROS (NO)
¿CIRUGÍA OCULAR?: NO

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Sintoma	Observaciones
Asintomatico	

LENSOMETRIA O.D - O.I.: NO USA	**TIPO DE LENTE OD - OI:** NA	**ADD O.D - O.I:** NA

AGUDEZA VISUAL:

VISIÓN LEJANA				VISIÓN CERCANA			
OD		OI		OD		OI	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/20	20/	20/20	20/	20/20	20/	20/20	20/

VISIÓN LEJANA AMBOS OJOS		VISIÓN CERCANA AMBOS OJOS	
Sin corrección	*Con corrección*	*Sin corrección*	*Con corrección*
20/20	20/	20/20	20/

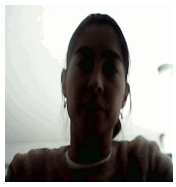
EXAMEN EXTERNO

OD: HIPERPLASIA CONJUNTIVAL NASAL LEVE	**OI:** HIPERPLASIA CONJUNTIVAL NASAL LEVE

MEDILABORAL

HISTORIA CLÍNICA MEDILABORAL

EMPRESA PARTICULAR
SEDE SANTA MARIA DEL LAGO
NOMBRES CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA
FECHA 30/08/2024



COVER TEST

LEJOS: *[NORMAL]*	**CERCA:** *[NORMAL]*

PPC: 1

OFTALMOSCOPIA

OD: *[NORMAL]*	**OI:** *[NORMAL]*

PIN HOLE

OD: -	**OI:** -

TIPO DE TEST: ISHIHARA **VISIÓN CROMÁTICA:** [NORMAL] **INTERPRETACIÓN:** N/A **NÚMERO:** N/A **TEXTO:** N/A **OBSERVACIONES:** N/A	**ESTEREOPSIS:** *[NORMAL]* **SEGUNDOS/ARCO:** 40

INTERPRETACIÓN	NIVEL VISUAL BINOCULAR NORMAL DE LEJOS Y NORMAL DE CERCA.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

Código	Descripción
Z010	EXAMEN DE OJOS Y DE LA VISION

RECOMENDACIONES	CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20

OTRA RECOMENDACIÓN	USO DE FILTRO AR Y PROTECCION SOLAR USO DE LAGRIMAS ARTIFICIALES

REMITIDO A:	N/A	**CAUSA REMISIÓN:**	N/A

Consentimiento informado

Yo CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA identificado con CC.1070954939. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Diana Elizabeth Parra Pineda
OPTÓMETRA U. DE LA SALLE
T.P. 39778608 - REG. 0694 C.T.P.O.
Especialista Salud Ocupacional
Lic. 11406 del 01/10/2018

DRA. DIANA ELIZABETH PARRA PINEDA - LSO 11406 01/10/2018

Aspirante o trabajador

CC.1070954939

MEDILABORAL

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo

EMPRESA

PARTICULAR



ACTIVIDAD ECONOMICA: SIN ACTIVIDAD ECONÓMICA ASIGNADA

NO. CERTIFICADO	1.622.628				
CIUDAD	BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	30/08/2024	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 1.070.954.939	**EDAD**	35	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA				
TIPO DE CARGO	OTRO	**CARGO U OFICIO**	ENFERMERA AUDITORA		

EXÁMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO DE INGRESO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD	OTROS CONCEPTOS
Apto sin restricciones para el cargo	NA

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - CAMBIAR DE POSICIÓN DURANTE LA JORNADA, REALIZANDO MOVIMIENTOS DINÁMICOS FRECUENTES DE LOS PIES Y PIERNAS

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - NO USO DE CORRECCION OPTICA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA identificado con CC No. 1.070.954.939. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Carmen E. Gómez P.
Médica Ocupacional
R.M. 2041 de 1997
Res. S.O. 12773/2024

DRA. CARMEN ELENA GOMEZ R.M. 2040 LIC 12773 24-01-2024

Aspirante o trabajador

CC. 1.070.954.939

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE: LEIDY YOHANA CARDONA BAYONA
DOCUMENTO: CC.1070954939
EMPRESA: TATIANA MARINA BUSTOS RODRIGUEZ
DOCTOR: PNR-ADSCRITO

REFERENCIA: 221939390
FECHA INGRESO: 27.Jul.2024 5:23 p. m.
SEDE: Synlab Referencia Centro
EDAD-SEXO: 35 Años - Femenino

INMUNOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO		VALORES DE REFERENCIA
PERFIL LIPIDICO			
Colesterol Total	**190**	mg/dl	Valores de Referencia en Niños Aconsejable: Menor de 170 mg/dl Riesgo moderado: 170 - 199 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 200 mg/dl Valores de Referencia en Adultos Aconsejable: Menor de 200 mg/dl Riesgo moderado: 200 - 239 mg/dl Alto: Mayor o Igual a 240 mg/dl
Triglicéridos	**105**	mg/dl	Normal: Menor de 150 mg/dl Límite alto: 150 - 199 mg/dl Alto: 200 - 499 mg/dl Muy alto: Mayor o Igual a 500 mg/dl
Fracción VLDL	**21**	mg/dl	Menor de 30 mg/dl
Fracción LDL	**113**	mg/dl	Evalúe el Riesgo Cardiovascular Defina meta según Clasificación de Riesgo ECV (*) Riesgo Bajo: < 116 mg/dl Riesgo Moderado: < 110 mg/dl Riesgo Alto: < 70 mg/dl Riesgo Muy Alto: < 55 mg/dl
Colesterol HDL	**56**	mg/dL	40 - 60 mg/dL
Colesterol No-HDL	**134.10**	mg/dL	Evalúe el Riesgo Cardiovascular Defina meta según Clasificación de Riesgo ECV (*) Riesgo Moderado: < 130 mg/dL Riesgo Alto: 85 - 130 mg/dL Riesgo Muy Alto: < 85 mg/dL

Analizado por,



MIREYA VALBUENA DONOSO
LIDER DE PRODUCCION CENTRO T.P:35196097
Copiado:mvd

Fecha de Validación:28/Jul 2024 07:17

**La interpretación de este y todo examen corresponde exclusivamente al médico- [Página 1]*

VIGILADO Supersalud

SYNLAB

RESULTADOS
DE EXÁMENES

NOMBRE:	**LEIDY YOHANA CARDONA BAYONA**	**REFERENCIA:**	**221939390**
DOCUMENTO:	**CC.1070954939**	**FECHA INGRESO:**	**27.Jul.2024 5:23 p. m.**
EMPRESA:	**TATIANA MARINA BUSTOS RODRIGUEZ**	**SEDE:**	**Synlab Referencia Centro**
DOCTOR:	**PNR-ADSCRITO**	**EDAD-SEXO:**	**35 Años - Femenino**

INMUNOQUIMICA

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES DE REFERENCIA	
Indice Arterial	**3.4**	Menor de	4

* Clasificación de Riesgo para Enfermedad Cardio-Vascular (ECV) según las guías 2019 de la Sociedad Europea de Arteroesclerosis (EAS) para el manejo de dislipidemias. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. European Heart Journal (2020) 41, 111-88.
La Sociedad Colombiana de Cardiología (SCC) y la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI), recomiendan la utilización de la escala HEART para la Clasificación de Riesgo Cardiovascular.
Evalúe el Riesgo Cardiovascular aquí: https://scc.org.co/https-www-paho-org-cardioapp-web-cvrisk/

Analizado por,



MIREYA VALBUENA DONOSO
LIDER DE PRODUCCION CENTRO T.P:35196097
Copiado:mvd

Fecha de Validación:28/Jul 2024 07:17

VIGILADO Supersalud