CIUDAD: Bogota DC

FECHA: 3/03/2025

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: YULIAN JOSETH SOCHA JOYA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1,072,701,332

CONTRATO No.: ADRES-CPS-496-2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control 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. ID-039-DOP

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 24/02/2025 **HASTA:** 28/02/2025

LA SUMA DE: UN MILLON CUATROCIENTOS DIEZ MIL SESENTA Y TRES PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE ($1.410.063,67) M/CTE

POR CONCEPTO DE: HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle26 # 6-162

TELÉFONO: 3142382289



FIRMA
C.C 1.072.701.332

Contrato No.	ADRES-CPS-496-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Yulian Joseth Socha Joya		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Rena Lisag Morales Hernandez	**Teléfono / Extensión**	601 4322760
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control 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. ID-039-DOP		
Fecha de Inicio	24/02/2025	**Fecha de Terminación**	23/10/2025

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	24/02/2025	**Hasta**	28/02/2025
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
Efectuar la revisión de la calidad de la auditoría efectuada y verificación la correcta aplicación de los criterios de auditoria conforme a la normatividad vigente de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no	Durante el mes de Febrero en la realización de actividades de tipo operativo que demande la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones	N/A	N/A

	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.			
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	Durante el mes de Febrero en la realización de actividades de tipo operativo que demande la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones	N/A	N/A
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	Durante el mes de Febrero se ejecutaron actividades correspondientes a la presente obligación, se envia consolidado 1. Asignación Soportes G75 24-02-2025 V2 2. Asignación Soportes G75 25-02-2025 V2 3. Validación Descripción Evento G75 26-02-2025 4. Validación Descripción Evento G75 27-02-2025 5. Validación Encabezado G75 Nuevas V2 28/02/2025	Archivo Excel de las actividades correspondientes. 1. Asignación Soportes G75 24-02-2025 V2 2. Asignación Soportes G75 25-02-2025 V2 3. Validación Descripción Evento G75 26-02-2025 4. Validación Descripción Evento G75 27-02-2025 5. Validación Encabezado G75 Nuevas V2 28/02/2025	N/A
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que	Durante el mes de Febrero no se ejecutaron actividades correspondientes a la presente obligación.	N/A	N/A

	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.			
.	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Durante el mes de Febrero se asistió a las reuniones programadas: 1. Capacitacion descripción de evento 26/02/2025 2. Información General reclamaciones PJ 28/02/2025	Soporte de reuniones Febrero anteriormente mencionadas, en archivos PDF	N/A
6.	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Durante el mes de Febrero no se ejecutaron actividades correspondientes a la presente 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.	Durante el mes de Febrero No se ejecutaron actividades correspondientes a la presente obligación.	N/A	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 3/03/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 48.345.040	$ 0	$ 1.410.063,67	$ 0	$ 46.934.976,33

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de UN MILLON CUATROCIENTOS DIEZ MIL SESENTA Y TRES PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE ($1.410.063,67) M/CTE

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9482232724	$180.500	1/01/2025	31/01/2025	03/03/2025
Pensión	9482232724	$231.000	1/01/2025	31/01/2025	03/03/2025
ARL	9482232724	$7.700	1/01/2025	31/01/2025	03/03/2025

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: 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:

Firmado por Rena Lisag Morales Hernandez el 05/03/2025 a las 16:42:31 COT

Rena Lisag Morales Hernandez
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 3/03/2025

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

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

Bogotá D.C., 03 de marzo de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Yulian Joseth Socha Joya	C.c 1.072.701.332

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 7490, Tarifa ICA 8.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-496-2025
Fecha de Inicio: 24/02/2025 Fecha de Terminación: 23/10/2025
Valor total del Contrato: $48.345.040 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2025: 1.410.063,67

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 (*)
N/A	N/A	N/A	N/A

(*) 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, Obligacion_____de_____, 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 _____ 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.

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 ($), (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,



Firma:
Cédula de ciudadanía No. 1.072.701.332 de Bogotá
Bogotá D.C., 03 de marzo del 2025

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 1072701332		SOCHA JOYA YULIAN JOSETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 29 # 6-162	CHIA-CUNDINAMARCA	3142382289	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	1307320515	9482232724	I	2025/02/10	2025/03/03	BANCOLOMBIA	21	$419,200

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)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: CHIA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1072701332 SOCHA YULIAN	231001	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,423,500	$7,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$7,500		$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 1072701332		SOCHA JOYA YULIAN JOSETH	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 29 # 6-162	CHIA-CUNDINAMARCA	3142382289	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	1307320515	9482232724	I	2025/02/10	2025/03/03	BANCOLOMBIA	21	$419,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$3,200	$0	$231,000
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$227,800	$3,200	$0	$231,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$200	$0	$7,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$200	$0	$7,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$2,500	$0	$180,500
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$2,500	$0	$180,500
TOTAL				**1**	**$413,300**	**$5,900**	**$0**	**$419,200**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14930637506

(415)7707212489984(8020) 000001493063750 6

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SOCHA	JOYA	YULIAN	JOSETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

41. Dirección principal: CL 29 6 162

42. Correo electrónico: ysochajoya@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 2 3 8 2 2 8 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica / Ocupación

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 0 0 8 1 8							

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

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 SOCHA JOYA YULIAN JOSETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

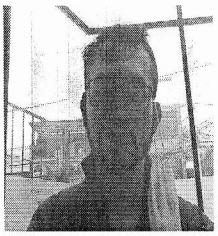
COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

550563 106984

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S

1



EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.
Dirección: Calle 4 # 3A - 05
PBX: 8660839 - 8830139 - 8661022 - 8837330 - 3103430937
E mail: cemcajica@cemedica.com.co - cemcajica@hotmail.com
www.cemedica.com.co
Tu Salud y Bienestar en Manos Expertas

NIT	8320054448
Dirección	CL 4 NO. 3A-05
Telefono	8660839/8830139
eMail	

Paciente:	YULIAN JOSETH SOCHA JOYA			**Género**	MASCULINO
Identificación	CC 1072701332	**Fecha de Nacimiento**	24/12/1993	**Edad Actual**	29 A
Dirección	cll 29 6-172 brr bojaca - chia			**Telefono**	3142382289
Aseguradora	PARTICULAR 1			**Fecha Ingreso**	25/07/23 15:27

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Fecha del Examen	**Ciudad**	**Tipo de Examen**	**Otro**
25/07/2023	CAJICA - CUNDINAMARCA	Pre-Ingreso	

Razon social de la empresa que lo contrato o contratara	**Razon social de la empresa en que laborá, laborará o laboró**
PARTICULAR 1	ADRES
Cargo	**Area o Sede**
AUDITOR	ADMINISTRATIVA

Examen Medico Ocupacional con énfasis en:

	Dermatologico	X	Osteomuscular		Riesgo vascular
	Manipulador de alimentos		Alturas		Otro? Cual?

CONCEPTO DE APTITUD (No aplica para examen de egreso)

	Apto sin restricciones para el cargo		Apto para trabajo en alturas		Aplazado
X	Apto con recomendaciones para el cargo		Apto para trabajo en espacios confinado		Motivo de Aplazamiento
	Apto con limitación o restricción que si interfiere para el cargo		Apto para manipular alimentos		

CONDUCTA Y OTRAS RECOMENDACIONES

* ALTERACIÒN DE LA AGUDEZA VISUAL ,REQUIERE USO PERMANENTE DE CORRECCION OPTICA DURANTE JORNADA LABORAL , CONTROL ANUAL CON OPTOMETRIA

-USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCIÓN DEL PELIGRO PARA EL(LA) TRABAJADOR(A)

-NO MANIFIESTA SIGNOS NI SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SINDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO(SARS-COV2).

-NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTES IDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID 19

SEGUN CIRCULAR 030 DEL 2020

REQUISITOS DE SALUD

Cumple con los requisitos de salud para trabajo en alturas	**SI**	**NO**	**Aplazado**	**No aplica**	X
Cumple con los requisitos de salud para manipular alimentos:	**SI**	**NO**	**Aplazado**	**No aplica**	X
Cumple con los requisitos de salud para realizar trabajos especiales	**SI**	**NO**	**Aplazado**	**No aplica**	X
Cual:					
Concepto de aptitud apoyado en profesiograma o perfil para el cargo:	**SI**	**NO** X			

550563 106984

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

CEMEDICA S.A.S



EMEDICA
Central de Servicios Médicos Cajicá S.A.S.
Dirección: Calle 4 # 3A - 05
PBX: 8660839 - 8830139 - 8651022 - 8837330 - 3103430937
E mail: cumcajica@cemedica.com.co - cumcajica@hotmail.com
www.cemedica.com.co
Tu Salud y Bienestar en Manos Expertas

NIT	8320054448
Dirección	CL 4 NO. 3A-05
Telefono	8660839/8830139
eMail	

El concepto de aptitud se definío a partir de los siguientes exámenes practicados:

X	**Examen Médico**	**Examen Radiologico**	
	Audiometría	**¿Cuál(es)?**	
	Espirometría		
X	**Optometría**		
	Electrocardiograma		
	Exámen Psicosensometrico	**Exámenes de Laboratorio**	
	Otro?Cual?	**¿Cuál(es)?**	

CONDUCTA

NA	**Remisión a EPS para estudio y/o tratamiento de patolgía diagnóstica**
NA	**Continuar manejo actual y control por EPS**
NA	**Valoración por medicina del trabajo y/o Salud Ocupacional EPS**
NA	**Remisión a ARL por estudio y/o tratamiento**
NA	**Asistir a programas de promoción y prevención EPS**
NA	**Se prescribe tratamiento y/o solicitan paraclínicos**

***NA = No Aplica**

Amplie su conducta

EXAMEN NO VALIDO PARA TRABAJO EN ALTURAS

RECOMENDACIONES

X	**Exámen Ocupacional Anual**	X	**Higiene postural**	X	**Uso de elementos de proteccion personal**	X	**Pausas Activas**
	Reingreso laboral		**Reubicación**		**Rehabilitación profesional**		
	Otro? Cual?						

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es).

He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclínico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fuí informado de las medidas que tomará CEMEDICA para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mí en este(os) examen(es) están completas y son veridicas. CEMEDICA para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leido y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Articulo 10 - Minprotección)

MARITZA MANRIQUEZ CAMACHO
RM 655767 LIC. OCUPACIONAL. 1983-07-10-2022
ESP. EN LA GESTION DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

MEDICO

Firma _____

MARITZA DEL CARMEN MANRIQUEZ

Registro Médico	**Licencia salud ocupacional**
655767	1983-07-10-2022

Firma **ASPIRANTE O TRABAJADOR**

YULIAN JOSETH SOCHA JOYA

Documento de identidad

CC 1072701332

FIN DEL CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

550564 106984

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA

25/07/23 1

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

Paciente: YULIAN JOSETH SOCHA JOYA Género MASCULINO
Identificación CC 1072701332 Fecha de Nacimiento 24/12/1993 Edad Actual 29 A
Direccion cll 29 6-172 brr bojaca - chia 3142382289
Acompañante/Acudiente NINGUNO Usuario AFILIADO

Aseguradora PARTICULAR 1
Fecha del Examen 25/07/2023 Ciudad CAJICA Tipo de Examen PREIN
Razón social empresa que lo contrato o contratara Centro de Trabajo (Sede)
PARTICULAR 1 AUDITOR

INFORMACION PRESONAL Y LABORAL ASOCIADA CON PATOLOGIA VISUAL

Ha tenido cirugías o traumas oculares?	NO	NO APLICA
Presenta actualmente molestias en los ojos?	NO	NO APLICA
Está expuesto a riesgos ocupacionales Oculares en el car	NO	NO APLICA
Usa en el cargo actual elementos de protección ocular?	NO	NO APLICA

Problemas de Refracción NO
Corregido SI Tipo de Corrección
Frecuencia de uso PERMANENTE
Tiempo de Evolución NO APLICA
Lensometría de Rx en uso OD -2.00 OI -2.50
Tipo de Lente MONOFOCAL

EVALUACION VISIOMETRIA

Ojo Derecho						Ojo Izquierdo						Ambos Ojos					
20=547638	NO	25 = 428576	NO	30 = 943852	NO	20 = 745932	NO	25 = 578236	NO	30 = 346752	NO	20 = 857432	NO	25=674235	NO	30=382457	NO
40=795823	NO	50 = 357248	NO	60 = 7236	NO	40 = 534268	NO	50 = 752386	NO	60 = 6254	NO	40 = 563472	NO	50=859423	NO	60=8927	NO
70=9574	NO	100 = 92	NO	200 = 5	NO	70 = 8453	NO	100 = 85	NO	200 = 3	NO	70 = 2978	NO	100 = 43	NO	200=9	NO

Percepción del Color: 4 1 6 3

EVALUACION OPTOMETRIA

Dial No 2 AGUDEZA VISUAL

	Visión Lejana	Visión Próxima
OD	20/20	0.5M
OI	20/20	0.5M
AO	20/20	0.5M

Letras SI Numeros E Direccional NO Uso de corrección en el examen SI

Dial No 3 RETINOSCOPIA Ojo Der. -2.00 Ojo Izq. -2.50
SUBJETIVO Ojo Der. -2.00 Ojo Izq. -2.50
Dial No 4 QUERATOMETRIA Ojo Der. N/A Ojo Izq. N/A

Dial No 5 FORIAS
LATERAL Normal SI VERTICAL Normal SI

Dial No 6 VISION PEREFERICA
EVALUADA SI Normal SI

Dial No 7 PERCEPCION DEL COLOR
EVALUADA SI Normal SI

Dial No 8 ESTEREOPSIS
Dial No 8 ESTEREOPSIS

TEST DE LA MOSCA

Angulo a 40 cm en seg de Arco

800	140	60
600	100	50
400	80	40 X

Dial No 9 EVALUACION SEGMENTO EXTERNO
Ojo Derecho Anormal NO Tipo SIN ALTERACION
Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo SIN ALTERACION

Dial No 10 OFTALMOSCOPIA
Ojo Derecho Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE
Ojo Izquierdo Anormal NO Tipo REFLEJO ROJO PRESENTE

INFORME DE VISIOMETRIA - OPTOMETRIA

EMEDICA
Control de Servicios Médicos Cejica S.A.S.
Dirección: Calle 4 # 3A - 05
PBX: 8660839 - 8830139 - 8651022 - 8837330 - 3103436937
E mail: csmcejica@cemedica.com.co - csmcejica@hotmail.com
www.cemedica.com.co
Tu Salud y Bienestar en Manos Expertas

CEMEDICA S.A.S

Dirección CL 4 NO. 3A-05
Teléfono 8660839/8830139
e-mail

PATOLOGIA DE REFRACCION

	Lejos		Cerca	
	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo	Ojo Derecho	Ojo Izquierdo
Agudeza Visual Normal				
Adecuadamente Corregida	X	X	X	X
Inadecuadamente Corregida				
No Corregida				
No requiere Corección				

Visión de profundidad Normal NO **Percepción de Colores** Normal SI
Forias Normal SI **Visión Periférica** Normal SI

Cumple requerimiento ocupacional SI **Debe usar corrección para laboral** SI

Observación BUEN DESEMPEÑO VISUAL CON CORRECCION

Diagnóstico MIOPIA AO

Remisión a: **Ortópica** NO **Oftalmología** NO **Contactología** NO **Control en** 1 AÑO

OBSERVACIONES

APTO

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR: Autorizo al (a la) doctor(a) abajo mencionado(a), a realizar en mí el examen médico y/o paraclínicos ocupacional(les), registrado(s) en este documento.

El(la) doctor(a) abajo mencionado(a) me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es). He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y/o paraclinico(s) ocupacional(es), a partir de la asesoría brindada antes de la respectiva toma de las pruebas. Entiendo que la realización de esta(as) prueba(s) es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento antes de que se realizara el(los) examen(es).

Fui informado de las medidas que tomará **UNIMOS SALUD** para proteger la confidencialidad de mis resultados. Recibí copia de la valoración médica ocupacional. Las respuestas dadas por mi en este(os) examen(es) están completas y son verídicas. **UNIMOS SALUD** para que suministre a las personas o entidades completadas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST y para las situaciones complementadas en la misma legislación. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido complementados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento. (Resolución 1016 de marzo 31 de 1989 - Resolución 2346 de Julio 2007 parágrafo del Artículo 10 -

JINNETH VALENTINA LOPEZ FORIGUA
RM. 1.233.692.864
OPTOMETRA U. EL BOSQUE

Evaluado

Firma
JINNETH VALENTINA LOPEZ FORIGUA
Registro Médico 1233692864

Firma Aspirante o Trabajador
YULIAN JOSETH SOCHA JOYA
Documento de identidad CC 1072701332