

CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 1/04/2025

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: VIVIANA ANDREA CORREA JIMÉNEZ

IDENTIFICACIÓN: CC ☐ NIT ☐ No. 1.022.349.594

CONTRATO No.: ADRES-CPS-489 de 2025

OBJETO: Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago 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; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes. ID-057-DOP

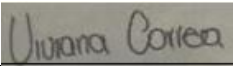
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/03/2025 HASTA: 31/03/2025

LA SUMA DE: La ADRES cancelará al CONTRATISTA, Cuatro millones setecientos veinte mil quinientos ocho pesos M/CTE. (\$4.720.508)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 15 A # 36 - 103

TELÉFONO: 3016652742



FIRMA
C.C .1.022.349.594

	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-489-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	VIVIANA ANDREA CORREA JIMÉNEZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	JULIO OSPINA MARMOLEJO	Teléfono / Extensión	6014322760
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago 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; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes. ID-057-DOP		
Fecha de Inicio	24/02/2025	Fecha de Terminación	23/10/2025

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/03/2025	Hasta	31/03/2025
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 la revisión y verificación de la correcta aplicación de los criterios de auditoria establecidos del conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC ni presupuestos máximos y/o servicios complementarios, así como, por reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin	Validación encabezado G75 Nueva Asignación soporte RG76 Validación encabezado RG76 Direcciones no válidas G75 Asignación soportes RG29074 Validación encabezado RG29074 Muestra interna RG29074 Validación descripción G75 Asignación soportes G79	Validación encabezado G75 Nueva Asignación soporte RG76 Validación encabezado RG76 Direcciones no válidas G75 Asignación soportes RG29074 Validación encabezado RG29074 Muestra interna RG29074 Validación descripción G75 Asignación soportes G79	N/A

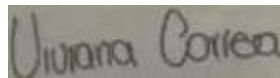
	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

	SOAT 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; lo anterior, conforme a lo establecido en la normatividad y manuales vigentes en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por la respectiva Coordinación de Grupo.				
2	Cumplir con las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría de recobros, reclamaciones y cuentas que le sean asignadas para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Validación encabezado G75 Nueva Asignación soporte RG76 Validación encabezado RG76 Direcciones no válidas G75 Asignación soportes RG29074 Validación encabezado RG29074 Muestra interna RG29074 Validación descripción G75 Asignación soportes G79	Validación encabezado G75 Nueva Asignación soporte RG76 Validación encabezado RG76 Direcciones no válidas G75 Asignación soportes RG29074 Validación encabezado RG29074 Muestra interna RG29074 Validación descripción G75 Asignación soportes G79	N/A	
3	Apoyar en la elaboración de oficios y demás documentos que se requieran durante el trámite de verificación de las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas.	En el periodo de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esta obligación.		N/A	
4	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas	Lineamientos capacitación paquete RG76 Casos 05/03/2025 Validación encabezado extemporaneidad 07/03/2025 Dirección de evento 10/03/2025 Lineamientos paquete RG29074 11/03/2025 Validaciones paquete RG29074 12/03/2025	Lineamientos capacitación paquete RG76 Casos 05/03/2025 Validación encabezado extemporaneidad 07/03/2025 Dirección de evento 10/03/2025 Lineamientos paquete RG29074 11/03/2025 Validaciones paquete RG29074 12/03/2025	N/A	
5	Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala	En el periodo de cuenta de cobro no se ejecutó actividades	N/A	N/A	

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

	identificada en la revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo observado en su labor de verificación	relacionadas con esta obligación.		
6	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	En el periodo de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esta obligación.	N/A	N/A

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



Firma del Contratista

Fecha: 1/04/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$ 37.764.064	\$ 1.101.451,87	\$ 4.720.508	\$0	\$ 31.942.104.13

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, Cuatro millones setecientos veinte mil quinientos ocho pesos M/CTE. (\$4.720.508)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	8823008411	\$ 236.100	01/03/2025	31/03/2025	26/03/2025
Pensión	8823008411	\$302.200	01/03/2025	31/03/2025	26/03/2025
ARL	8823008411	\$9.900	01/03/2025	31/03/2025	26/03/2025

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

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

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.
3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	N/A
ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. <ol style="list-style-type: none"> a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: <ol style="list-style-type: none"> a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

julio ospina

JULIO OSPINA MARMOLEJO
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., 1/04/2025

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



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-03-26, 09:57:51 AM

Tipo Planilla: I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1071405831

Periodo Cotización: marzo de 2025

Periodo Servicio: marzo de 2025

Referencia pago (PIN): 8823008411

PAGADO 26/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	VIVIANA ANDREA CORREA JIMENEZ		
Documento	CC1022349594	Dirección	CL 15A #36 - 103
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3016652742
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades										Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SIN	RE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Dal APP	Dal EPS	Dal APP	Dal EPS	Dal CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1022349594	VIVIANA ANDREA CORREA JIMENEZ	59	00																0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.888.204	\$ 302.200	(EPS002) SALUD TOTAL EPS	\$ 1.888.204	\$ 236.100	0,522	\$ 1.888.204	\$ 9.900	(NIN-CC) NINGUNA CCF		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 548.200

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.888.204	\$ 1.888.204	\$ 1.888.204	\$ 0	\$ 302.200	\$ 236.100	\$ 9.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 548.200	\$ 0	\$ 548.200





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

Bogotá D.C., 01 de 04 de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Viviana Andrea Correa Jiménez	1.022.349.594.

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-489-2025

Fecha de Inicio: 24 de febrero de 2025 Fecha de Terminación: 23 de octubre de 2025

Valor total del Contrato: \$ 37.764.064 Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor por concepto de Honorarios 2025: 4.720.508

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 XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
- 4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación 102234959405 de Fondo Nacional del Ahorro, 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.

Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.



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

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:

Viviana Andrea Correa Jiménez

Cédula de ciudadanía No. 1.022.349.594. de Bogotá

Bogotá D.C., 01 de abril del 2025

EL FONDO NACIONAL DEL AHORRO HACE CONSTAR

Que según el estado de cuenta procesado por el sistema, el (la) señor(a) **VIVIANA ANDREA CORREA JIMENEZ** identificado(a) con CEDULA DE CIUDADANIA número **1.022.349.594** es beneficiario(a) de un **Crédito Hipotecario No. 102234959405** por valor de SETENTA Y CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y DOS MIL OCHOCIENTOS PESOS CON 00/100 M/CTE \$75.842.800,00 y con corte a 22 de febrero de 2024, registra:

VALOR DE CUOTA:	\$694.855,28
VALOR DE SEGURO:	\$80.081,32
SALDO VENCIDO:	\$0,00
VALOR DEUDA TOTAL:	\$99.065.345,15

Con fecha de corte referida anteriormente, el crédito descrito se encuentra al día.

Dada en Bogotá a los veinte y dos (22) días del mes de febrero de 2024.



SANDRA VELEZ TANNUS
Jefe División Cartera

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 0 2 Actualización		4. Número de formulario 141161284457			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 2 2 3 4 9 5 9 4 3		6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 2 2 3 4 9 5 9 4	
Lugar de expedición COLOMBIA 28. País 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido CORREA		32. Segundo apellido JIMENEZ		33. Primer nombre VIVIANA	
				34. Otros nombres ANDREA	
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Cundinamarca 2 5		40. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4	
41. Dirección principal CL 15 A 36 103 TO D					
42. Correo electrónico andrea_1713@hotmail.com					
43. Código postal 2 5 0 0 5 1		44. Teléfono 1 3 0 1 6 6 5 2 7 4 2		45. Teléfono 2 6 0 1 1 2 3 4 5 6 7	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 7 4 9 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 3 0 2 1 1	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1 2	51. Código
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 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					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros				Exportadores	
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				55. Forma 56. Tipo 57. Modo 58. CPC	
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 CORREA JIMENEZ VIVIANA ANDREA 985. Cargo CONTRIBUYENTE	

Certificado de Aptitud Laboral
INGRESO
OTROS

	Fecha: 22/Dic/2022, Hora: 07:17:40 a.m. Apellido: CORREA JIMENEZ Tipo Doc: CC Empresa: Particular Cargo: ANALISTA DE CUENTAS MEDICAS Direccion: CALLE 15A N 36-103	Nombre: VIVIANA ANDREA Nro Identidad: 1022349594 HC: # 47664 Edad: 37 años Sexo: Femenino Nacim: 15/Oct/1985 Rh: O+
Telefono: Celular: 3016652742 Ciudad: Soacha- cundinamarca	Email: Estado Civil: Union Libre	

Exámenes Realizados

Examen Medico Ocupacional Basico, Osteomuscular

Concepto

Apto para el cargo

Recomendaciones

Higiene Postural
Uso adecuado de EPP
Emplear Pausas Activas
Otras: *ACATAR LAS RECOMENDACIONES DE LOS PROTOCOLOS DE BIOSEGURIDAD ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA.
*USO DE ELEMENTOS DE PROTECCION SEGUN SU FUNCION LABORAL
*CONTROL POR OPTOMETRIA ANUAL.
* REALIZAR ACTIVIDAD FISICA DURANTE 30 MIN TRES VECES POR SEMANA/DIETA BALANCEADA.
* MANTENER UN ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
* CONTINUAR EXÁMENES MÉDICOS OCUPACIONALES TENIENDO EN CUENTA LO DEFINIDO EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DE LA SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO.

Observaciones

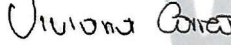
*PACIENTE QUE A LA FECHA, NO PRESENTA SIGNOS NI SÍNTOMAS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA.

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 emanada del ministerio de protección social, el trabajador, cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a disposición del personal sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa por tal motivo, la autenticidad del contenido de este certificado se puede verificar a través de nuestros canales de contacto grupoempresarialservir@gmail.com y confirmando el código QR, el titular o la empresa que tiene acceso a este documento se responsabiliza legalmente por cualquier alteración en su contenido. VERIFIQUE LA AUTENTICIDAD DE ESTE CERTIFICADO.


Dra. Yuli Alexandra Alape Tapiero
M.M. 25434
Médica Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

YULI ALEXANDRA ALAPE TAPIERO
MEDICO ESPECIALISTA S.O
Lic. de S.O #: 251434/2017
Registro #: 151380





VIVIANA ANDREA CORREA JIMENEZ
CC 1022349594

Huella
Digital

Cra. 9 No. 12 - 44 Soacha
Tel.: 900 21 46
Cel: 312 511 87 55
E-mail: grupoempresarialservir@gmail.com
comercial@servirips.com