CIUDAD: Bogotá

FECHA: 01/04/2025

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: KAREN YURANY ESPITIA BONILLA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1,014,225,483

CONTRATO No. : ADRES-CPS-487-2025 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-048-DOP

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

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES SETECIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS OCHO PESOS M/C $ (4,720,508)

POR CONCEPTO DE : Honorarios

DIRECCIÓN: CL 17 # 13 48 ESTE TORRE 1 APT 102 MOSQUERA

TELÉFONO: 3212639194

KarenEspitiaB.

FIRMA

C.C **1.014.225.483**

Contrato No.	ADRES-CPS-487-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Karen Yurany Espitia Bonilla		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Camilo Alberto Alfaro Jiménez	**Teléfono / Extensión**	60143227 60 EXT 1862
Dependencia	DIRECCIÓN DE 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-048-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	No aplica			
Suspensión	No aplica			
Cesión	No aplica			

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	Se realiza la revisión y verificación y se	Se adjuntan radicados de los	

	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 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	registra el resultado de las siguientes cuentas que hacen referencia a reclamaciones. 1. paquete_g75_adres_nu_dic_2024_ene_2025_financiero_ 2da asignac 03 marzo (115 items). 2. Asignacion Auditoria_G75_V1 (156 items). 3. Asignacion Auditoria_G75_V2 (130 items). 4. Asignacion Auditoria_G75_V2 07 de marzo (92 items). 5. Asignacion Auditoria_G75_V2 10 de marzo (91 Items). 6. Asignacion Auditoria_G75_V3 (113 Items). 7. Asignacion RG76_76_V1 (77 Items). 8. Paquete 29074 asignacion v1. (538 items)	siguientes archivos en la carpeta de obligaciones. 1. paquete_g75_adres_nu_dic_2024_ene_2025_financiero_ 2da asignac 03 marzo (115 items). 2. Asignacion Auditoria_G75_V1 (156 items). 3. Asignacion Auditoria_G75_V2 (130 items). 4. Asignacion Auditoria_G75_V2 07 de marzo (92 items). 5. Asignacion Auditoria_G75_V2 10 de marzo (91 Items). 6. Asignacion Auditoria_G75_V3 (113 Items). 7. Asignacion RG76_76_V1 (77 Items). 8. Paquete 29074 asignacion v1. (538 items)	Ninguna Ninguna Ninguna Ninguna Ninguna Ninguna Ninguna Ninguna

	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.	Se cumple con las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría de recobros de las siguientes cuentas que hacen referencia a reclamaciones. 1. paquete_g75_adres_nu_dic_2024_ene_2025_financiero_ 2da asignac 03 marzo (115 items). 2. Asignacion Auditoria_G75_V1 (156 items). 3. Asignacion Auditoria_G75_V2 (130 items). 4. Asignacion Auditoria_G75_V2 07 de marzo (92 items). 5. Asignacion Auditoria_G75_V2 10 de marzo (91 Items).	Se adjuntan radicados de los siguientes archivos en la carpeta de obligaciones. 1. paquete_g75_adres_nu_dic_2024_ene_2025_financiero_ 2da asignac 03 marzo 2. Asignacion Auditoria_G75_V1 3. Asignacion Auditoria_G75_V2 4. Asignacion Auditoria_G75_V2 07 de marzo 5. Asignacion Auditoria_G75_V2 10 de marzo	Ninguna Ninguna Ninguna Ninguna Ninguna

		6. Asignacion Auditoria_G75_V3 (113 Items). 7. Asignacion RG76_76_V1 (77 Items). 8. Paquete 29074 asignacion v1. (538 items)	6. Asignacion Auditoria_G75_V3 7. Asignacion RG76_76_V1 8. Paquete 29074 asignacion v1.	Ninguna Ninguna Ninguna
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 este mes no asignaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica	Ninguna
4.	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas	Se Participo oportunamente en todas las reuniones programadas durante el mes. 1. El día 25 de marzo se asiste a capacitación componente medico de 9;00 am a 10; 00 am.	Se adjuntan radicados de los siguientes archivos en la carpeta de obligaciones	
5.	Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala identificada en la	Durante el periodo objeto de la cuenta de cobro no se evidenciaron	No aplica	No aplica

	revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo observado en su labor de verificación.	situaciones anormales.		
6.	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	En este mes se estuvo atento a la designación de esta actividad, la cual no fue designada por parte del líder	No aplica	No aplica

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	$ 31.942104.13

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de 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	84885489	$ 178.000	1/02/2025	28/02/2025	12/03/2025
Pensión	84885489	$ 227.900	1/02/2025	28/02/2025	12/03/2025
ARL	84885489	$ 7.500	1/02/2025	28/02/2025	12/03/2025

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: 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	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 Camilo Alberto Alfaro Jimenez el 01/04/2025 a las 09:51:14 COT

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 efectue la aprobacion 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.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1014225483	KAREN YURANY ESPITIA BONILLA	Calle 17 # 13 48 este	0000000	kespitia30@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	MOSQUERA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	12/03/2025	84885489	$413.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.900	0	0	0	0	0	0		227.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.900	227.900
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.400	413.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1014225483	KAREN YURANY ESPITIA BONILLA		Calle 17 # 13 48 este	0000000	kespitia30@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	12/03/2025	84885489	$413.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1014225483	ESPITIA BONILLA KAREN YURANY	59	0			N																	230201	1.424.000	227.900	0	0	0	0	EPS010	1.424.000	178.000	14-23	1.424.000	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

Bogotá D.C., 01 de abril de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Karen Yurany Espitia Bonilla	1.014.225.483

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-487-2025
Fecha de Inicio: 24/02/2025 Fecha de Terminación: 23/10/2025
Valor total del Contrato: $37.764.064Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2025: $ 4.720.508

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

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.

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 (*)
T.I	1025328339	Sara Sofia Torres Espitia	Hija
T.I	1011244355	Emily Torres Espitia	Hija

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

ADRES

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

Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
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.
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.
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.
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, Obligación 0132207932134 de Banco Caja Social, 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

ADRES

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

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

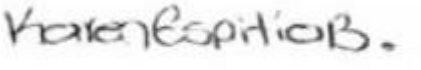
8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

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,

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

Firma:



Cédula de ciudadanía No. 1.014.225.483 de Bogotá
Bogotá D.C., 01/04/2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 51290779

NUIP 1025328339

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 31 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 9860

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA- CUNDINAMARCA -BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES	ESPITIA

Nombre(s): SARA SOFIA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2014 Mes SEP Día 23	FEMENINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA- CUNDINAMARCA -BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	13093937-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ESPITIA BONILLA KAREN YURANY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.014.225.483 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: TORRES CASALLAS HECTOR MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C 1.018.416.775 DE BOGOTA D.C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: TORRES CASALLAS HECTOR MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C 1.018.416.775 DE BOGOTA D.C	Hector M Torres C.

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 2014 Mes SEP Día 25	GONZALO ESPITIA CUBILLOS Notario Encargado Bogotá D.C. Nombre y Firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
GONZALO ESPITIA CUBILLOS
Notario Encargado
Bogotá D.C.

IMPRESO POR THOMAS GREG & SONS DE COLOMBIA S.A. NIT 860.005.040-2 TEL. 381 0240

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1011244355

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55270250

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 50 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** 011

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
TORRES	ESPITIA

Nombre(s)

EMILY

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes JUL Día 27	FEMENINO	A	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	13576805-3

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ESPITIA ROMILLA KAREN YURANY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1014225483	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

TORRES CASALLAS HECTOR MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1018416775	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TORRES CASALLAS HECTOR MANUEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1018416775	Hector H. Torres C.

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 2016 Mes JUL Día 29	LUZ AMANDA GARAVITO RODRIGUEZ
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL 430 2110

Escaneado con CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.011.244.355**

TORRES ESPITIA

APELLIDOS

EMILY

NOMBRES



Emily Torres

FIRMA

Scanned with ACE Scanner



FECHA DE NACIMIENTO **27-JUL-2016**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

27-JUL-2034
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

F
SEXO

09-ENE-2024 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PEÑAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

P-1516900-01410340-F-1011244355-20240110 **0138**172279A 2 8510536479

Scanned with ACE Scanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NÚMERO **1.025.328.339**

TORRES ESPITIA

APELLIDOS

SARA SOFIA

NOMBRES

Karen Espitia B.

FIRMA

Scanned with ACE Scanner



FECHA DE NACIMIENTO **23-SEP-2014**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

23-SEP-2032
FECHA DE VENCIMIENTO

A+
G S RH

F
SEXO

03-MAR-2022 MOSQUERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1516900-01285166-F-1025328339-20220314 **0078**471015A 1 8504278292

Scanned with ACE Scanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14762118404

(415)7707212489984(8020) 000001476211840 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 1 4 2 2 5 4 8 3	2	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 1 4 2 2 5 4 8 3	

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
ESPITIA	BONILLA	KAREN	YURANY

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
CALLE 17 13 48	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

41. Dirección principal: CL 17 13 48 TO 1 AP 102

42. Correo electrónico: kespitia30@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 2 6 3 9 1 9 4	

CLASIFICACIÓN

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

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
4 9																									

53. Código

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 ESPITIA BONILLA KAREN YURANY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE: CENDIATRA ZONA FRANCA
DIRECCIÓN: Carrera 106 # 15A-25, Business Center interior 141 oficina 408, Fontibón
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6017450079 - 6017450087
EMAIL: citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-12-27

Nombres y apellidos: KAREN YURANY ESPITIA BONILLA
Fecha de nacimiento: 30/05/1991
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: ANALISTA

CC: 1014225483
Edad: 32 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-12-27 / 02:40:27
Fecha salida: 2023-12-27 / 02:44:25



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:
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y EJERCICIO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

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.

DR. MAYRA GUERRERO R.
MEDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RES. 3720 DEL 05/06/2023

MAYRA ALEJANDRA GUERRERO ROJAS
RM: 3720
Firma y sello del médico

KAREN YURANY ESPITIA BONILLA
CC: 1014225483
Firma del paciente

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE: CENDIATRA ZONA FRANCA
DIRECCIÓN: Carrera 106 # 15A-25, Business Center interior 141 oficina 408, Fontibón
CIUDAD DE LA SEDE: BOGOTÁ
TELÉFONO: 6017450079 - 6017450087
EMAIL: citas.zonafranca@cendiatra.com
FECHA EXAMEN: 2023-12-27

Nombres y apellidos: KAREN YURANY ESPITIA BONILLA
Fecha de nacimiento: 30/05/1991
Empresa: PARTICULAR
Empresa usuaria:
Cargo: ANALISTA
CC: 1014225483
Edad: 32 **Sexo:** FEMENINO
Fecha ingreso: 2023-12-27 / 02:40:27
Fecha salida: 2023-12-27 / 02:44:25



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

1. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y EJERCICIO
2. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

Mayra A. Guerrero R.
DR. MAYRA GUERRERO R.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RES. 3720 DEL 05/06/2023

MAYRA ALEJANDRA GUERRERO ROJAS
RM: 3720
Firma y sello del médico

KAREN YURANY ESPITIA BONILLA
CC: 1014225483
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.