ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/2019

Contrato No.	ADRES-CPS-245-2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Doris Angélica Montenegro		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Rodrigo Alexander Molina Palomares	**Teléfono / Extensión**	1849
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No.41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan.		
Fecha de Inicio	14/07/2020	**Fecha de Terminación**	31/12/2020

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	14/07/2020	**Hasta**	31/07/2020
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	Llevar a cabo la verificación de los soportes aportados en las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito, en concordancia con la normativa vigente.	En este periodo no se ejecutó esta actividad en cuentas por los conceptos que menciona esta obligación.	N/A	N/A

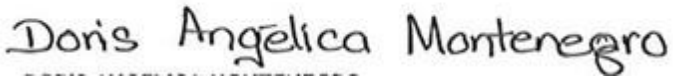
2	Realizar la verificación de los soportes aportados en las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud.	Realice la verificación de los soportes aportados en las siguientes solicitudes de recobros: 1.Paquete 2, Segmento B, Coomeva,125 cuentas. 2.Matriz Jurídico APF,28 cuentas. 3. Términos de prescripción,93 cuentas.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _ Julio_4_2020_Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	N/A
3	Verificar la aplicación de los criterios de auditoría señalados en el marco normativo y los manuales correspondientes, validando la calidad del conjunto de recobros y/o reclamaciones que correspondan a la muestra seleccionada de los paquetes auditados directamente por la Entidad o por los terceros contratados para el trámite de las cuentas por servicios y tecnologías no financiados con la UPC.	Verifiqué la aplicación de los criterios de auditoría señalados en el marco normativo y los manuales correspondientes, validando a calidad del conjunto de recobros que correspondieron a la muestra seleccionada: 1. Paquete 2, segmento B de Coomeva,125cuentas. 2.Matriz Jurídico APF.28 cuentas. 3.Términos de prescripción,93 cuentas.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _ Julio_4_2020_Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. - Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	N/A
4	Registrar los resultados de las tareas adelantadas, en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Registre los resultados de las tareas adelantadas, en el archivo en Excel, de acuerdo con las instrucciones definidas por el líder de grupo; de las siguientes asignaciones: 1. Paquete 2, segmento B de Coomeva,125cuentas. 2.Matriz Jurídico APF,28 cuentas. 3.Términos de prescripción,93 cuentas.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _ Julio_4_2020_Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. - Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	N/A

5	Analizar y documentar de los hallazgos evidenciados en las revisiones de calidad, como mecanismo de retroalimentación a los auditores de recobros y/o reclamaciones.	Analicé y documente los hallazgos evidenciados en las revisiones de calidad, como mecanismo de retroalimentación a los auditores de recobros y/o reclamaciones, en los siguientes paquetes: 1. Paquete 2, segmento B de Coomeva,125cuentas. 2.Matriz Jurídico APF,28 cuentas.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _Julio_4_2020_Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. - Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	N/A
6	Analizar y proponer métodos que permitan la ejecución eficiente y eficaz del proceso de verificación de la calidad de la auditoría.	Analicé y propuse una capacitación sobre exclusiones del Pos que permitió obtener un criterio definido para identificar estas tecnologías no cubiertas por el Plan de Beneficios, además de la ejecución eficiente y eficaz de la calidad de la auditoría.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _Julio_4_2020_Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. - Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	N/A
7	Apoyar en la ejecución del plan de capacitación y participación en la elaboración de evaluaciones de conocimiento.	En este periodo no desarrolle esta actividad.	N/A	N/A
8	Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala identificada en la revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo observado en su labor de verificación.	Reporte las inconsistencias identificadas en la revisión documental de las solicitudes de recobros, según lo observado durante la verificación de: 1.Paquete 2, segmento B de Coomeva,125cuentas. 2.Matriz Jurídico APF,28 cuentas. 3.Términos de prescripción,93 cuentas.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _Julio_4_2020_Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. - Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	N/A

9	Garantizar la consistencia de valores y cantidades de los paquetes de recobros y/o reclamaciones verificados.	Garanticé la consistencia de valores y cantidades de los paquetes de recobros verificados: 1. Paquete 2, segmento B de Coomeva,125cuentas. 2. Matriz Jurídico APF,28 cuentas. 3.Términos de prescripción,93 cuentas.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _ Julio_4_2020_Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. - Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	N/A
10	Proyectar las comunicaciones y certificaciones de calidad que sean requeridas en el trámite de los paquetes verificados.	Proyecté las comunicaciones y certificaciones de calidad que se requirieron en el trámite de: 1.Paquete 2, segmento B de Coomeva,125cuentas. 2.Matriz Jurídico APF,28 cuentas. 3.Términos de prescripción,93 cuentas.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _ Julio_4_2020_Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. - Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	N/A
11	Apoyar la ejecución de las diferentes etapas del proceso integral de recobros y reclamaciones.	Apoyé la ejecución de las diferentes etapas del proceso integral de recobros en: 1. Paquete 2, segmento B de Coomeva,125cuentas. 2.Matriz Jurídico APF,28 cuentas. 3.Términos de prescripción,93 cuentas.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _ Julio_4_2020_Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. - Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	

12	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Participe activamente en las capacitaciones y reuniones y mesas de trabajo programadas.	N/A	N/A
13	Cumplir con las metas de productividad en el proceso de verificación de la calidad auditoría de recobros y reclamaciones 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.	Cumplí con la meta de productividad en el proceso de verificación de la calidad de la auditoría de los recobros: 1.Paquete 2, segmento B de Coomeva,125cuentas. 2.Matriz Jurídico APF,28 cuentas. 3.Términos de prescripción,93 cuentas. 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.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _ Julio_4_2020_ Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. - Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	N/A
14	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	Realicé todas las actividades inherentes al proceso, propuestas por el líder del segmento Prescripción jurídica.	Matriz Jurídico _Pqt-2 _ Julio_4_2020_ Segmento B_COOMEVA 3. Matriz Jurídico _ APF 17 al 21 de junio. - Matriz Jurídico (TERMINOS-PRESCRIPCION) _ APF 17 al 21 de junio.	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 03/08/2020

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
21.387.444	**0**	**2.019.925**	**0**	**19.367.519**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de DOS MILLOMES DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS ($ 2.019.925)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud			N/A	N/A	N/A
Pensión			N/A	N/A	N/A
ARL			N/A	N/A	N/A

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.

OBSERVACIONES	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información
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 y el 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. 5. Dos (2) medios magnéticos contentivos de las actividades realizadas en las obligaciones, productos y/o informes, en el Contrato o Convenio en mención. 6. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. b. Examen médico preocupacional . *Este examen tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista. En el caso de perder su condición de contratista por un periodo superior a seis (6) meses continuos, deberá realizarse nuevamente el examen. c. Si es régimen común debe adjuntar la resolución de facturación de la DIAN.

Supervisor (es)/Interventor (es)

Rodrigo Alexander Molina Palomares

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., 03/08/2020

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

CIUDAD: Bogotá

FECHA: 3 de agosto de 2020

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: Doris Angélica Montenegro

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52337892

CONTRATO No.: ADRES CPS-245-2020 de Bogotá

OBJETO: Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en Salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 14/07/2020 **HASTA:** 31/12/2020

LA SUMA DE: DOS MILLONES DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS ($2.019.925)

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: Calle 141 # 101-12

TELÉFONO: 3105563933-3193758225

Doris Angelica Montenegro

FIRMA
C.C 52337892

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Doris Angélica Montenegro	52337892

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 0010 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No ADRES-CPS-245-2020

Fecha de Inicio: 14/07/2020 Fecha de Terminación: 31/12/2020

Valor total del Contrato: $ 21.387.444
Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 3.564.574

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.

2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, 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 de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
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) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos 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 _____(Vacío)_____ identificado (a) con la C.C. No. __(Vacío)___ 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 _____ de_____, según certificación del año 2016; 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 Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

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

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2020

desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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 consigno a Medicina pre- pagada _____la suma de ($), (anexar 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)

Atentamente,

Firma

Doris Angelica Montenegro

Cédula de ciudadanía 52337892
Bogotá D.C. 3 de agosto de 2020

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

* 0 6 2 7 5 6 2 1 0 *

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Montenegro		Dans	Angelica

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	52337892	Femenino [X] Masculino [ ]	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo F N M Condición T P			Colmena	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
877.803.	Calle 141 # 10 - 12	5206042	3105536233	
	Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad / Comuna	Departamento
dangelica@hotmail.com				

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento
B1					D D M M A A A A
B2					D D M M A A A A
B3					D D M M A A A A
B4					D D M M A A A A
B5					D D M M A A A A

Datos complementarios

29. Parentesco	30. Etnia

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1						BOGOTA	X		DC		
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	CAFAM	
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Dans Angelica Montenegro	CC	52337892	

39. Ubicación					
Calle 141 # 10 - 12	5206042	dangelica@hotmail.com			
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento	

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo Femenino	Sexo Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		[ ]	[ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	[X]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	[ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	[ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	[ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	[X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	[X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	[X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	[X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Dans Angelica Montenegro	

DAS16332 Famisanar AUTORIZADO

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC
Cantidad:	[ ]	[ ]	[ ]	[X]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

Total: 1

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	[ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	[ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	[ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	[ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	[ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	[ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	[ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	[ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	[ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio	Código del departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
					D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
		INDEPENDIENTE

71. Firma del funcionario

VIGILADO Supersalud

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) DORIS ANGELICA MONTENEGRO identificado(a) con CC 52337892 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**02/11/2017**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

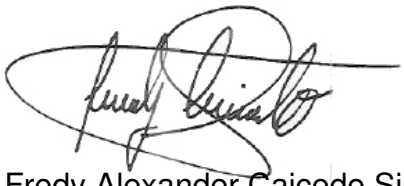
La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 06 días del mes de agosto del año 2020 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DORIS ANGELICA MONTENEGRO , identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.337.892**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 06 de Agosto del 2020.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14692491674

(415)7707212489984(8020) 000001469249167 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 3 3 7 8 9 2	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 3 3 7 8 9 2	1 9 9 2 0 7 3 1

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
MONTENEGRO		DORIS	ANGELICA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 141 101 12

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
dangelica.montenegro@hotmail.com		3 1 0 5 5 6 3 9 3 3	

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
0 0 1 0	2 0 2 0 0 1 0 1							

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	2	0																								

20- Obtención NIT

Obligados aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

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: 1 61. Fecha: 2020 - 05 - 19 / 11 : 20: 09

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Doris Angélica Montenegro

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre: CALANCHE RODRIGUEZ CINDY PAOLA
985. Cargo: Analista V

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO



DRA LUZ DARY BAUTISTA DIAZ
MEDICO ESPECIALISTA SALUD OCUPACIONAL F.U.M.B F.U.J.N.C
R.M 52051471S.S.B LICENCIA S.O 8690/2019

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

MOTIVO DE EXAMEN: FECHA:2020-06-25 11:21:06

☑ INGRESO : ☐ PERIÓDICO : ☐ EGRESO : ☐ ALTURAS : ☐ MANIPULACIÓN DE ALIMENTOS:

OTRO :

NOMBRE:DORIS ANGELICA MONTENEGRO — FECHA DE NACIMIENTO1974-07-24
TIPO Y NO.ID: CC 52337892 — CIUDAD: BOGOTA (BOGOTA)
EMPRESA: — ESCOLARIDAD:TECNICO/TECNOLOGO
DIRECCIÓN: CLL 141 101 12 — TELÉFONO:3105563933 SEXO:F

☑ EXAMEN MEDICO	☐ GLICEMIA	☐ ALAT (TGP)	☐ HEMOCLASIFICACIÓN	☐ PRUEBA VESTIBULAR	☐ HEMOGRAMA
☐ COPROLOGICO	☐ F. ALCALINA	☐ F. GARGANTA	☑ VAL. OSTEOMUSCULAR	☐ PARCIAL DE ORINA	☑ VISIÓN / OPTOMETRIA
☐ CREATININA	☐ AUDIOMETRIA	☐ ESPIROMETRIA	☐ TRIGLICERIDOS	☐ SEROLOGIA	☐ NEUROCONDUCCION
☐ COLINESTERASAS	☐ ASAT (TGO)	☐ E.K.G	☐ COLESTEROL TOTAL	☐ BUN	☐ T.S.H
☐ H.D.L	☐ KOH	☐ R.X	OTROS:		

SOSPECHA DE ENFERMEDAD PROFESIONAL ☐ SI: ☑ NO: CUAL:

ENTREGADO 25 JUN 2020

CONCEPTO DE APTITUD

SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES PARA EL CARGO A DESEMPEÑAR	☑ SI	☐ NO	☐ N/A
CON LIMITACIONES O RESTRICCIONES QUE NO INTERFIEREN CON EL CARGO A DESEMPEÑAR	☐ SI	☐ NO	☐ N/A
CON LIMITACIONES O RESTRICCIONES QUE INTERFIEREN CON EL CARGO A DESEMPEÑAR	☐ SI	☐ NO	☐ N/A
APLAZADO	☐ SI	☐ NO	☐ N/A
EXAMEN PERIÓDICO SATISFACTORIO	☐ SI:	☐ NO:	☐ N/A:
EXAMEN EGRESO SATISFACTORIO	☐ SI:	☐ NO:	☐ N/A:
CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA TRABAJO EN ALTURA	☐ SI:	☐ NO:	☐ N/A:
CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE SALUD PARA MANIPULAR	☐ SI:	☐ NO:	☐ N/A:

LIMITACIONES O RESTRICCIONES ☐ SI: ☑ NO:

CUALES: 0 — AGENTES FACT. DE RIESGO:

CONDICIONES O FUNCIONES: — RECOMENDACIONES:

SE RECOMIENDA VALORACIÓN POR EPS ☑ SI: ☐ NO: SE ENTREGA REMISIÓN ☑ SI: ☐ NO:

INGRESA A SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA ☑ SI: ☐ NO:

☐ CARDIOV: ☑ ERGONOMICO: ☐ PSICOSOCIAL: ☐ DERMATOLOG: ☐ AUDITIVO: ☑ VISUAL:

OTRO:

OTRAS RECOMENDCIONES

☑ INGRESO SGSST: ☐ AUDIOMETRIA : ☑ CITOLOGIA : ☐ COMPLETAR VACUNACION ☐ USO EPP:
☐ ESPIROMETRIA : ☑ PAUSAS ACTIVAS: ☐ REALIZACIÓN EXÁMENES COMPLEM: ☑ RECOMENDACIONES MEDICAS:
☑ USO CORRECCIÓN ÓPTICA : ☐ VALORACIÓN NUTRICIÓN :

OTROS:

Dra. Luz Dary Bautista Diaz
Médico - Esp. Salud Ocupacional
R.M. 52.051.471
Lic. SST 8690 de 2019

LUZ DARY BAUTISTA DIAZ
REG:52.051.471 S.S.B.
ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL

Doris Angelica Montenegro
DORIS ANGELICA MONTENEGRO
Identificación: CC 52337892

ENTREGADO 25 JUN 2020

La Falsificacion De Este Documento, Se Tipifica En Un Delito Segun Art.287 Del Codigo Penal
(Para afiliacion a ARL validez un mes a partir de la fecha de expedicion)