Contrato No.	ADRES-CPS-246-2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YOMARA VARGAS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MAURICIO PAEZ VILLALBA	**Teléfono / Extensión**	4322760 Ext. 1868
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 modifique		
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	Se verificaron los soportes de la matriz de reclamaciones. Yomara Vargas del 16, 17 julio. Cantidad: 208 items auditados Se verificaron los soportes correspondientes al segmento de reclamaciones ECAT Pertinencia del 22 al 31 de julio. Usuario Yomara Vargas / Cantidad Items: 1.310 Auditados	Se anexan archivos Excel " **PRODUCCIÓN 16-07-20**" y "**PRODUCCIÓN 17-07-20**" Se anexa archivo excel " **CONSOLIDADO PERTINENCIA AL 31 JULIO**"	N/A
2	Realizar la verificación de los soportes aportados en las solicitudes de	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron	N/A	N/A

	recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud.	actividades con respecto a esta obligación.		
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.	Se verificaron los soportes de la matriz de reclamaciones. Yomara Vargas del 16, 17 julio. Cantidad: 208 items auditados Se verificaron los criterios de auditoria del Segmento Reclamaciones ECAT Pertinencia del 22 al 31 de julio. Usuario Yomara Vargas Cantidad Items: 1.310 Auditados	Se anexan archivos Excel " **PRODUCCIÓN 16-07-20" y "PRODUCCIÓN 17-07-20**" Se anexa archivo excel " **CONSOLIDADO PERTINENCIA AL 31 JULIO**"	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.	Se registraron los resultados de las tareas conforme a las instrucciones de los supervisores, según la matriz de reclamaciones. Yomara Vargas del 16, 17 julio. Cantidad: 208 items auditados Se registraron los resultados correspondientes a la auditoria del segmento de reclamaciones ECAT Pertinencia del 22 al 31 de julio. Usuario Yomara Vargas / Cantidad Items: 1.310 Auditados	Se anexan archivos Excel " **PRODUCCIÓN 16-07-20" y "PRODUCCIÓN 17-07-20**" Se anexa archivo Excel " **CONSOLIDADO PERTINENCIA AL 31 JULIO**"	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.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A
6	Analizar y proponer métodos que permitan la ejecución eficiente y	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron		

	eficaz del proceso de verificación de la calidad de la auditoría.	actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A
7	Apoyar en la ejecución del plan de capacitación y participación en la elaboración de evaluaciones de conocimiento.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	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.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A
9	Garantizar la consistencia de valores y cantidades de los paquetes de recobros y/o reclamaciones verificados.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A
10	Proyectar las comunicaciones y certificaciones de calidad que sean requeridas en el trámite de los paquetes verificados.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación.	N/A	N/A
11	Apoyar la ejecución de las diferentes etapas del proceso integral de recobros y reclamaciones.	Se dio apoyo en la ejecución de las etapas del proceso de reclamaciones_ Yomara Vargas del 16, 17 julio. Cantidad: 208 items auditados Se apoyó en la ejecución de las etapas del proceso de reclamaciones, auditoria del segmento de reclamaciones ECAT Pertinencia del 22 al 31 de julio. Usuario Yomara Vargas / Cantidad Items: 1.310 Auditados	Se anexan archivos Excel " **PRODUCCIÓN 16-07-20" y "PRODUCCIÓN 17-07-20**" Se anexa archivo excel " **CONSOLIDADO PERTINENCIA AL 31 JULIO**"	N/A
12	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Participé el día 16 de julio de 9am a 12m / Inducción y capacitación de los manuales ECAT y soportes. Por la aplicación TEAMS	Se adjunta pantallazo a la invitación de la reunión correo electrónico del 15-07-20	

		Participé en la etroalimentación de auditorias y soportes consistencia / Teams 17 de julio de 4:45 pm a 6:45 pm Participé el día 21 de julio de 8am a 9am/ Capacitación "Capacitación-Herramientas_Pertinencia_G3_Nuevas" Participé el día 23 de julio de 3 a 5 pm / capacitación recobros Salucoop por la plataforma Teams	"inducción 16 julio" Se adjunta pantallazo de la invitación por la plataforma TEAMS "capacitación 17 julio" Se adjunta pantallazo de la invitación por la plataforma TEAMS "capacitación 21 julio" Se adjunta pantallazo de la invitación por la plataforma TEAMS "capacitación 23 julio"	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.	Se dio cumplimiento a las metas de productividad diaria en el proceso de auditoria a reclamaciones _ Yomara Vargas del 16, 17 julio. Cantidad: 208 items auditados Se dío cumplimiento a la productividad diaria de auditoria del segmento de reclamaciones ECAT Pertinencia del 22 al 31 de julio. Usuario Yomara Vargas / Cantidad Items: 1.310 Auditados	Se anexan archivos Excel " **PRODUCCIÓN 16-07-20**" y "**PRODUCCIÓN 17-07-20**" Se anexa archivo excel " **CONSOLIDADO PERTINENCIA AL 31 DE JULIO**"	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	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a 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: 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**	**0,00**	**19.367.519**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de DOS MILLONES 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	1031630939	$109.800	1/07/2020	30/07/2020	4/08/2020
Pensión	1031630939	$140.500	1/07/2020	30/07/2020	4/08/2020
ARL	1031630939	$4.600	1/07/2020	30/07/2020	4/08/2020

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)

MAURICIO PAEZ VILLALBA
Supervisor o interventor

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., 3/08/2020

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

CIUDAD: BOGOTÁ

FECHA: 3 DE AGOSTO DE 2.020

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: YOMARA VARGAS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52.862.015

CONTRATO No.: ADRES-CPS-246-2020 de: 2.020

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 modifique

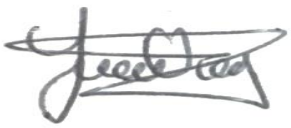
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 14/JULIO/2.020 **HASTA:** 30/JULIO/2.020

LA SUMA DE: $2.019.925 (Dos millones diecinueve mil novecientos veinticinco pesos)

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: Calle 146 No. 17 - 98 Apto 403

TELÉFONO: 316-5380044



FIRMA
C.C : 52.862.015

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

Nombres y Apellidos	No. Identificación
YOMARA VARGAS	52.862.015

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 7010 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No ADRES-CPS-246-2020

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 (*)
TI	1029140450	SANTIAGO PEDREROS VARGAS	HIJO

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 N/A___ identificado (a) con la C.C. No. N/A __ 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 ___N/A_____ de____N/A_____, 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. ____N/A_____, del Banco ___N/A_____,, a la cual consigno mensualmente la suma de ($ N/A), 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

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

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____N/A_____ 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 _____N/A_____la suma de ($), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____N/A_____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



Cédula de ciudadanía: 52.862.015
Bogotá D.C. 3 de agosto de 2020

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14693597976

(415)7707212489984(8020) 000001469359797 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 6 2 0 1 5	8	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 8 6 2 0 1 5	1 9 9 9 0 6 1 5

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
VARGAS		YOMARA	

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
CR 1 G 91 A 04 SUR BRR EL VIRREY

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
xiosan7@hotmail.com		7 6 3 0 0 7 3	3 1 6 5 3 8 0 0 4 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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 0 2 0	2 0 0 9 0 2 1 6						

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	4	9																								

49 - No responsable de IVA

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 [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 05 - 30 / 19 : 21: 31

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:

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

984. Nombre VARGAS YOMARA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 30-05-2020 07:22:48PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.029.140.450

APELLIDOS PEDREROS VARGAS

NOMBRES SANTIAGO

07/MAR/2005 SEXO M

CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO G.S. O RH +

28/ABR/2012

BOGOTA D.C. CUNDINAMARCA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

06/MAR/2023 30139064

FECHA DE VENCIMIENTO

PRIMERA VEZ

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL



FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL

INDICE DERECHO



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de Seguridad Social
Fecha	2020-08-04, 04:00:15 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	julio de 2020
Periodo de Cotización Para Salud	julio de 2020
Empresa	YOMARA VARGAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 52862015
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1031630939
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	702518399
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 254.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.42.19.1

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 140.500	$ 0
N830113831	EPS001	ALIANSALUD EPS S.A.	1	$ 109.800	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1	$ 4.600	$ 0
		SubTotales:		$ 254.900	$ 0
		Total a Pagar:			$ 254.900

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

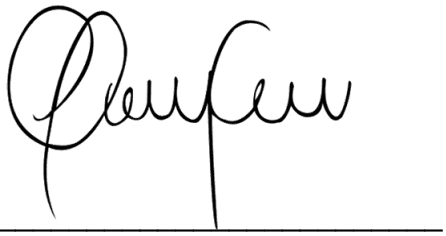
SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR
NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

YOMARA VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **52.862.015**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 24 de Junio 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.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Aliansalud eps

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

No. de Radicación: 5413905

Fecha de Radicación: 26 06 2020

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual — Cotizante o Cabeza de Familia [X] / Beneficiario o Afiliado Adicional [ ] — B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De Oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de Afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

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

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Vargas	Segundo Apellido:	Primer Nombre: Yomara	Segundo Nombre:

7. Tipo de Documento de Identidad	8. No. de Documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de Nacimiento
CC	52862015	Femenino [X] Masculino [ ]	27 05 1981

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

11. Étnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de Población Especial
	Tipo F [ ] N [ ] M [ ] Condición T [ ] P [ ]		

15. Administradora de Riesgos Laborales -ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso Base de Cotización -IBC
	Porvenir	877803

18. Residencia

Dirección	Tel. Fijo	Tel. Celular	Correo Electrónico
calle 146 N°17-98		3165380044	xiosan7@hotmail.com

Ciudad/Municipio	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
BTA	U [X] R [ ]	USAQUEN	Cundinamarca

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. No. de Documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de Nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA

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	Vargas		Yomara	
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de Documento de Identidad	26. Número Documento de Identidad	27. Sexo	28. Fecha de Nacimiento
B1	CC	52862015	Femenino [X] Masculino [ ]	27 05 1981
B2			Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA
B3			Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA
B4			Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA
B5			Femenino [ ] Masculino [ ]	DD MM AAAA

Datos Complementarios

	29 Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición
B1			F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]
B2			F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]
B3			F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]
B4			F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]
B5			F [ ] N [ ] M [ ]	T [ ] P [ ]

32. Datos de Residencia

	Municipio / Distrito	Zona	Departamento	Tel. Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	Calle 146-N°17-98	Urbana [X] Rural [ ]		3165380044	
B2		Urbana [ ] Rural [ ]			
B3		Urbana [ ] Rural [ ]			
B4		Urbana [ ] Rural [ ]			
B5		Urbana [ ] Rural [ ]			

Aliansalud eps NIT 830.113.831-0

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		
B		50592
B		

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

35. Nombre o Razón Social	36. Tipo de Documento de Identificación	37. No. de Documento de identificación

38. Tipo de Aportante o Pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación

Dirección	Teléfono	Correo Electrónico
Municipio/Distrito		Departamento

No. de Radicación
5413905

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación datos básicos de identificación
- ☐ 2. Correción datos básicos de identificación
- ☐ 3. Actualización documento de identidad
- ☐ 4. Actualización y correción 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
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliciones colectivas
- ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliciones colectivas
- ☐ 13. Movilidad:
  A) Régimen Contributivo ☐ B) Régimen Subsidiado ☐
- ☐ 14. Traslado:
  A) Mismo Régimen ☐ B) Diferente Régimen ☐
- ☐ 15. Reporte 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 NOVEDAD

41. Datos Básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad		No. de Documento de Identidad	Sexo	Fecha de Nacimiento	42. Fecha
			Femenino ☐ Masculino ☐	DD MM AAAA	DD MM AAAA

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 y afiliados adicionales.
- ☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 48. Declaración de existencia de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 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.
- ☐ 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 vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 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.
- ☐ 53. Autorización para que la EPS envie información al correo electrónico o el celular como mensajes de texto.

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

IX. ANEXOS

- ☐ 56. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐
  Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: ☐
- ☐ 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. 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. Certificacion 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 beneficiarios o se ordene la afiliacion de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial				67 Datos del SISBÉN						68. Fecha de radicación			69. Fecha de validación		
Código del Municipio		Código del Departamento		Número de Ficha		Puntaje		Nivel		DD	MM	AAAA	DD	MM	AAAA

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de Documento de Identidad			No. de Documento de identidad

Alianza Salud EPS
NIT 830.113.831-0

71. Firma del Funcionario

Observaciones: _____

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta le veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capitulo VII del formulario.

Certificado Médico

Informe seguridad y salud en el trabajo



EMPRESA

PARTICULAR

NO. CERTIFICADO	596.793				
CIUDAD	BOGOTÁ D.C. CUNDINAMARCA - MEDICINA LABORAL S.A.S				
FECHA	24/06/2020	**TIPO DE EXAMEN**	PRE-INGRESO		
NO. DOCUMENTO	CC. 52.862.015	**EDAD**	39	**GENERO**	F
NOMBRES Y APELLIDOS:	VARGAS YOMARA				
TIPO DE CARGO	ADMINISTRATIVO	**CARGO U OFICIO**	ANALISTADECUENTAS		

EXAMENES REALIZADOS

ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL

CONCEPTO DE APTITUD	**OTROS CONCEPTOS**
Sin restricciones para el cargo	NA

OBSERVACIONES

USO DE CORRECCIÓN ÓPTICA PARA ESFUERZOS VISUALES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

PAUSAS ACTIVAS DE ACUERDO A PROTOCOLO ESTABLECIDO POR LA EMPRESA - CONTINUAR REALIZANDO EXÁMENES MÉDICOS PERIÓDICOS - SE RECOMIENDA REALIZAR CAPACITACIONES PARA MANTENER Y MEJORAR HIGIENE POSTURAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES - REALIZACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA AERÓBICA 150 MINUTOS A LA SEMANA DE ACUERDO A INDICACIÓN MEDICA Y TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD - MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - SE ACONSEJA MANTENER ADECUADOS HÁBITOS POSTURALES DURANTE LA REALIZACIÓN DE LAS TAREAS - VALORACIÓN POR OPTOMETRÍA

Consentimiento informado del aspirante o trabajador

Yo VARGAS YOMARA identificado con CC No. 52.862.015. Autorizo al profesional abajo mencionado, a que se me realice de manera voluntaria el exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios y dejo constancia de que tuve la oportunidad de manifestar mi consentimiento para la realización de exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios necesarios y referenciados en este documento. Comprendo el propósito, los beneficios, la interpretación, limitaciones y riesgos del exámen médico ocupacional y/o exámenes complementarios, a partir de la información recibida por el profesional abajo mencionado. Certifico que la información que he suministrado es verdadera, completa y acepto el manejo de confidencialidad que Medicina Laboral S.A.S. dé a la misma, autorizo que la información recopilada en las bases de datos puede ser utilizada para la implementación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiologica de las empresas y la realización de estudios de investigación con fines científicos. (Ley 1581 de 2012). Suministre la información necesaria a las personas o entidades contempladas en la legislación para el desarrollo del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo (SG-SST).

Profesional

Dra. Diana Latorre L.
Especialista en Salud Ocupacional
Universidad El Bosque
C.C. 20.957.985 Res. 25-5569

DRA DIANA LA TORRE LSO 25-5569

Aspirante o trabajador

CC. 52.862.015