

CIUDAD: Bogotá
FECHA: 1/12/2025

CUENTA DE COBRO 1

(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: Ingrid Yohana Guzmán Avellaneda

IDENTIFICACIÓN: **CC** **NIT** **No.** 1.032.462.137

CONTRATO No.: ADRES-CPS-770 de 2025 |

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la validación de la correcta aplicación de los lineamientos de auditoría así como en la revisión y verificación de las cuentas que presenten las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. **ID-269-DOP**

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 21/11/2025 **HASTA:** 30/11/2025

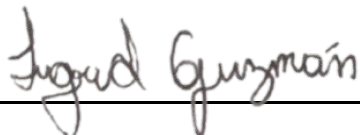
LA SUMA DE: DOS MILLONES SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/C (\$ 2.666.666,67)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 48 N Sur # 0 Este 39 Primer Piso

TELÉFONO: 3124512498

FIRMA
C.C 1.032.462.137



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032462137	NÚMERO PLANILLA:	7997227497	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	INGRID YOHANA GUZMAN AVELLANEDA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES noviembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 2 A 48J 34 SUR APT 202	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1973659911
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	2050603	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/02		
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	ÚNICO		Comercio al por mayor de computadores, equipo per				
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 128.000
SUBTOTALES:										\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 128.000

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100.000	\$ 0	\$ 0	\$ 100.000
SUBTOTALES:										\$ 100.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100.000	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.200	\$ 4.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.200	
SUBTOTALES:										\$ 4.200	\$ 0	\$ 0	\$ 4.200

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES										
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO								
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 4.800	\$ 0	\$ 4.800								
SUBTOTALES:			\$ 4.800	\$ 0	\$ 4.800								

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																							
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																																													
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						SALUD						ARP						PARAFISCALES					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	
1	CC 1032462137	GUZMAN AVELLANEDA INGRID YOHANA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 4.800.000				NO	26															231001-COLFONDOS	5	\$ 800.000	\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 128.000	EPS008-COMPENSAR	5	\$ 800.000	\$ 100.000	\$ 0	\$ 100.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	5	\$ 800.000	103246213	\$ 4.200	5	\$ 800.000	CCF24-COMPENSAR	\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0		

TOTAL PAGADO: \$ 237.000

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1032462137	NÚMERO PLANILLA:	7997627738	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	INGRID YOHANA GUZMAN AVELLANEDA	PERIODO COTIZACIÓN OTROS:	MES noviembre AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES noviembre AÑO 2025
CIUDAD/MUNICIPIO:	CRA 2 A 48J 34 SUR APT 202	TELÉFONO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL	DÍAS DE MORA:	0	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	1978818358
DIRECCIÓN:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/12/03	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2025/12/02
TIPO APORTANTE:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de computadores, equipo per	NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	7997227497		
TIPO EMPRESA:	ÚNICO						
FORMA DE PRESENTACIÓN:							
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 128.000
SUBTOTALES:										\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 128.000

TOTAL APORTES A SALUD															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO
EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100.000	\$ 0	\$ 0	\$ 100.000
SUBTOTALES:										\$ 100.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 100.000	

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.200	\$ 0	\$ 0	\$ 4.200	\$ 0	\$ 0	\$ 4.200
SUBTOTALES:										\$ 4.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 4.200	

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	MORA		TOTALES								
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO							
CCF24	CCF24-COMPENSAR	1	\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 4.800							
SUBTOTALES:							\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 4.800			

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										PENSIÓN										SEGURIDAD SOCIAL										SALUD										ARP										PARAFISCALES									
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TAE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	A/P	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APOORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APOORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE	TOTAL APOORTE																
1	CC 1032462137	GUZMAN AVELLANEDA INGRID YOHANA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 4.800.000				NO	26				A										231001-COLFONDOS	5	\$ 800.000	\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 128.000	EPS008-COMPENSAR	5	\$ 800.000	\$ 100.000	\$ 0	\$ 100.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	5	\$ 800.000	103246213	\$ 4.200	5	\$ 800.000	CCF24-COMPENSAR	\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																	
2	CC 1032462137	GUZMAN AVELLANEDA INGRID YOHANA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 4.800.000				NO	21				C										231001-COLFONDOS	10	\$ 1.600.000	\$ 256.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 256.000	EPS008-COMPENSAR	10	\$ 1.600.000	\$ 200.000	\$ 0	\$ 200.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	10	\$ 1.600.000	103246213	\$ 8.400	10	\$ 1.600.000	CCF24-COMPENSAR	\$ 9.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																	
3	CC 1032462137	GUZMAN AVELLANEDA INGRID YOHANA	INDEPENDIENTE	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	\$ 4.800.000				NO	21				R										231001-COLFONDOS	5	\$ 800.000	\$ 128.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 128.000	EPS008-COMPENSAR	5	\$ 800.000	\$ 100.000	\$ 0	\$ 100.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	5	\$ 800.000	103246213	\$ 4.200	5	\$ 800.000	CCF24-COMPENSAR	\$ 4.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0																	

TOTAL PAGADO: \$ 237.000



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

Bogotá D.C., Dos de Diciembre de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Ingrid Yohana Guzmán Avellaneda	1.032.462.137

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

Responsable de IVA: SI NO Adjuntar RUT donde se evidencia responsabilidad de IVA

Régimen Simple: SI NO Adjuntar RUT donde se evidencia que pertenece a RÉGIMEN SIMPLE

Código Actividad Económica 7490, Tarifa ICA 8,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-770-2025

Fecha de Inicio: 21/11/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$16.000.000 Prórroga: SI NO

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$ 2.666.666,67

Durante el año gravable 2023 fue declarante de renta SI NO Diligenciar opción correspondiente obligatoriamente.

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 SI NO tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

En caso de responder si a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

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

(*) CALIDAD DEPENDIENTES



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

- a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
- b) Hijos con edades entre 18 y 23 años cuya educación está a mi cargo en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación para el trabajo y el desarrollo humano debidamente acreditados por la autoridad competente.
- c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
- d) Cónyuge o compañero permanente que se encuentra en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.
- e) Padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT por concepto de dependientes.

- 3. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge Jose Andres Miguel Vargas Monsalve identificado (a) con la C.C. No. 1.052.381.136 no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
- 4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion _____ de _____, según certificación del año gravable 2024; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.
- 5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____ del Banco _____, a la cual consigno mensualmente la suma de (\$) _____), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.
- 6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de (\$) _____), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

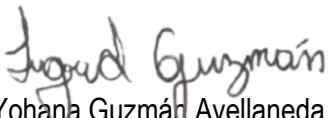


**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025**

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

7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (\$3.303.720), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales
8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)
9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI NO he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Atentamente,

Firma: 
Ingrid Yohana Guzmán Avellaneda
Cédula de ciudadanía No. 1.032.462.137 de Bogotá
Bogotá D.C., 02/12/2025

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) INGRID YOHANA GUZMAN AVELLANEDA identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1032462137, canceló la suma de TRES MILLONES TRESCIENTOS TRES MIL SETECIENTOS VEINTE PESOS \$3.303.720,00 por concepto de PC ESPECIAL CON POS durante el 2024

Beneficiarios contrato:

Nombre	Identificación	Parent.	Base Cálculo IVA	Valor IVA	Valor Cancelado
INGRID YOHANA GUZMAN AVELLANEDA	CC - 1032462137	TR	\$ 1,573,200	\$ 78,660	\$ 1,651,860
JOSE ANDRES MIGUEL VARGAS MONSALVE	CC - 1052381136	CY	\$ 1,573,200	\$ 78,660	\$ 1,651,860
Total			\$ 3,146,400	\$ 157,320	\$ 3,303,720

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), para efectos Tributarios, en Bogotá a los 1 días del mes de diciembre de 2025.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 12947007



DRA. MELITZA MARIA MURILLO PINTO
NIT. 56054827

Calle 1 N 5-22, Mosquera Cundinamarca - Cel. 3002268534 Tel. 8270117
E-mail. drmmeli@hotmail.com

Fecha:	24/09/2025	Documento:	C.C. N° 1032462137
Nombre:	Ingrid Yohana Guzmán Avellaneda	Estado civil:	Unión libre
Género:	Mujer	Cargo:	Administrativo
Procedencia:	Bogotá	Empresa:	Independiente
Edad:	31 años	Fecha de nacimiento:	13/02/1994
EPS:	Compensar	ARL:	No información
F.P.:	Colfondos	Móvil:	3124512498
Dirección:	Calle 48 N Sur 0 Este -39	Correo electrónico:	kitharaj@gmail.com
Profesión:	Enfermera		
Tipo de Examen	INGRESO LABORAL		

Riesgo de Exposición Laboral

Ergonómico	Si	Físico	Si
Locativo	Si	Psicosocial	Si
Público	Si	Tareas de Alto Riesgo	No
Químico	No	Mecánico	Si
Biológico	Si		

Pruebas Complementarias

Laboratorios:	No Realizada	Psicología:	No Realizada
Imagen:	No Realizada	Audiometría:	No Realizada
Espirometría:	No Realizada	Optometría:	No Realizada
E.K.G:	No Realizada		

Recomendaciones Ocupacionales

Capacitación matriz de riesgos y peligros:	Si	Cultura autocuidado:	Si
Higiene biomecánica integral:	Si	Higiene postural:	Si
Pausas activas laborales:	Si	Uso de EPP:	Si

Recomendaciones Médicas

Valoración ARL:	No	Valoración Nutrición:	No
Valoración Medicina General:	No	Valoración Optometría: Anual	Si
Valoración Medicina Laboral:	No	Valoración Especializada:	No

Sistema de Vigilancia Epidemiológica

SVE Salud Auditiva:	No	SVE Cardiovascular:	No
PVE Salud Visual:	Si	Énfasis en protección auditiva:	No
SVE Biomecánico:	No	Corrección óptica permanente:	Si
SVE Salud Respiratoria:	No	PVE Neurológico:	No

Estilos de Vida Saludable

Énfasis en actividad física regular:	Si	Reducción consumo de alcohol:	No
Énfasis en estiramiento isquiotibiales:	Si	Restricción de carbohidratos simples:	Si
Cesación de tabaquismo:	No		

Concepto Ocupacional

POSEE LA APTITUD FISICA Y MENTAL ADECUADA
PARA EL PERFIL Y FUNCIONES DEL CARGO SIN
RESTRICCIONES

Dra. Melitza Murillo Pinto
NIT: 56054827

MEDICO ESPECIALISTA EN GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
R.M 2670/3436

Celular y WhatsApp: 3002268534 Correo: drmmeli@hotmail.com



DRA. MELITZA MARIA MURILLO PINTO

NIT. 56054827

Calle 1 N 5-22, Mosquera Cundinamarca - Cel. 3002268534 Tel. 8270117

E-mail. drmmeli@hotmail.com

Recomendaciones Específicas/ Restricciones

Buenos hábitos y estilo de vida saludable

Correcta higiene de postura y prevención de riesgos ergonómicos en el puesto de trabajo

Uso de corrección óptica permanente durante su jornada laboral

Consentimiento Informado

Autorizo al Dr. abajo mencionado a realizar en mi examen médico o paraclínicos. El profesional me ha explicado la naturaleza y propósito de examen médico y paraclínicos ocupacionales. He comprendido y tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada antes de las tomas de pruebas. Entiendo que la realización de estas pruebas es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes de la respectiva toma de prueba. Las respuestas dadas por mí en este examen(es) están completos y son verídicas. Finalmente, manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de Expresar mi consentimiento.

MEDICO LABORAL



DRA. MELITZA MARIA MURILLO PINTO

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA LABORAL

RM:3436-2020

Firma:

Ingrid Yohana Guzmán Avellaneda

Paciente

Consideraciones Legales relativas a los exámenes ocupacionales

Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO Médico Laboral del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva, profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, según lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiéndose que hacen parte integral de su historial médico.

Dra. Melitza Murillo Pinto

NIT: 56054827

MEDICO ESPECIALISTA EN GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

R.M 2670/3436

Celular y WhatsApp: 3002268534 Correo: drmmeli@hotmail.com