Contrato No.	ADRES – CPS 081-2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	OSCAR DAVID PINZÓN PLAZAS	**Teléfono / Extensión**	4322760 Ext. 1861
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y 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, así como apoyar a la Dirección en las actividades que se deriven del proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre cierre y cierre de los paquetes.		
Fecha de Inicio	24/01/2020	**Fecha de Terminación**	31/12/2020

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/03/2020	**Hasta**	31/03/2020
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	Analizar las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas junto con los respectivos soportes.	Se realizó el análisis de (43) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: "Matriz_auditoria personas naturales_Rezago 1er semestre_2019". Se realizó el análisis de (23) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: ‘‘Muestra_2_Revisión Calidad Rezago 2do Sem-2019" Se realizó el análisis de (19) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: ‘‘Muestra Distribuida Fisico 3N" Se realizó el análisis de (16) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo:	Se anexa soporte de archivos en Excel	N/A

		‘‘Revisión de calidad_Paq63 reclamaciones” Se realizó el análisis de (11) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: ‘‘Muestra_Revisión Calidad Paquete Enero - Febrero”.		
2	Llevar a cabo la verificación de los soportes requeridos para la presentación de los documentos aportados por el reclamante y emitir observaciones a las causales de objeción aplicables por este concepto cuando haya lugar.	Se realizó la verificación de los soportes de (43) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: “Matriz_auditoria personas naturales_Rezago 1er semestre_2019”. Se realizó la verificación de los soportes de (23) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: ‘‘Muestra_2_Revisión Calidad Rezago 2do Sem-2019”. Se realizó la verificación de los soportes de (19) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: ‘‘Muestra Distribuida Fisico 3N”. Se realizó la verificación de los soportes de (16) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: ‘‘Revisión de calidad_Paq63 reclamaciones”. Se realizó la verificación de los soportes de (11) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: ‘‘Muestra_Revisión Calidad Paquete Enero - Febrero”.	Se anexa soporte de archivos en Excel	N/A
3	Registrar los resultados de las tareas adelantadas, en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables, de acuerdo con los alcances e	Se realizó el registro de los resultados de la verificación de los soportes de (43) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: “Matriz_auditoria personas	Se anexa soporte de archivos en Excel	N/A

	instrucciones definidas por el supervisor del contrato.	naturales_Rezago 1er semestre_2019". Se realizó el registro de los resultados de (23) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: "Muestra_2_Revisión Calidad Rezago 2do Sem-2019". Se realizó el registro de los resultados de (19) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: "Muestra Distribuida Fisico 3N". Se realizó el registro de los resultados de (16) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: "Revisión de calidad_Paq63 reclamaciones". Se realizó el registro de los resultados de (11) reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: "Muestra_Revisión Calidad Paquete Enero - Febrero". Se realizó el registro de los resultados de la verificación de los soportes de 135 facturas correspondientes a la muestra del mes de Marzo de 2020 con ocasión de la alternativa técnica a travez de la Resolucion 41656 de 2019 archivo: "Distribución_Analisis_Muestra_ SegmentoA_20200320-Facturas".		
4	Adelantar las actividades relacionadas con el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, que el supervisor le asigne, en virtud del	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A

	artículo 7º de la Ley 1949 de 2019.			
5	Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y reclamaciones y/o cuentas que le sean asignadas.	Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 456 reclamaciones correspondientes a personas naturales archivo: "Consolidado_Rezago_2do semestre_2019PN". Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 140 reclamaciones correspondientes personas naturales archivo: "Consolidado_Rezago_fisicos_reclamaciones_PN". Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 453 reclamaciones correspondientes personas naturales archivo: "Pre cierre_ paq_25006". Se realiza las actividades de validacion técnica de consistencia a 233 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Paquete 27N(24083) Validacion Tecnica". Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 10569 reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Paquete 27N(24083) Consolidado general".	Se anexa soporte de archivos en Excel.	N/A
6	Brindar apoyo a la gestión en las actividades de seguimiento y monitoreo del proceso de Recobros y Reclamaciones, a través de la validación de la consistencia de la información generada a partir de las fuentes internas y externas.	Se brindo apoyo a través de la validación de la consistencia de los soportes de 135 facturas correspondientes a la muestra del mes de Marzo de 2020 con ocasión de la alternativa técnica a travez de la Resolucion 41656 de 2019 archivo: "Distribución_Analisis_Muestra_SegmentoA_20200320 - Facturas".	Se anexa soporte de archivos en Excel	N/A

7	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 cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A

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

_____

Firma del Contratista
Fecha: 1/04/2020

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
51.413.394	**5.628.093**	**4.563.319**	**0.00**	**41.221.982**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DIESINUEVE PESOS ($ **4.563.319**)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	41288139	$228.200	1/02/2020	29/02/2020	12/03/2020
Pensión	41288139	$292.100	1/02/2020	29/02/2020	12/03/2020
ARL	41288139	$9.600	1/02/2020	29/02/2020	12/03/2020

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:

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	
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; cuando aplique, o Certificación del cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales; cuando aplique. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen (Simplificado o Común). 4. Medio Magnético con las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones, productos y/o informes, estipulados en el Contrato o Convenio en mención. 5. En caso de primer pago debe aportar: Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

OSCAR DAVID PINZÓN PLAZAS
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., 1/04/2020

[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	52285697	CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ	CARRERA 12 B ESTE NO 19 28 SUR	3373067	ascmarcelys1213@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2020-02	2020-02	I		41288139	$566.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	228.200	0		0		0	0	0	0	228.200	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
230301	Porvenir	800224808-8	292.100	0	0	0	0	0	0		292.100	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	9.600				9.600	0	0	9.600			96	9.600	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	36.600	0	0	36.600	1

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	228.200	228.200
Pensión	1	292.100	292.100
Riesgos Laborales	1	9.600	9.600
CCF	1	36.600	36.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	566.500	566.500

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	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52285697	CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ	CARRERA 12 B ESTE NO 19 28 SUR	3373067	ascmarcelys1213@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2020-02	2020-02	I		41288139	$566.500	

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	52285697	CARREÑO GONZALEZ CLAUDIA MARCELA	59	0			N																	230301	1.825.350	292.100	0	0	0	0	EPS005	1.825.350	228.200	14-23	1.825.350	1	9.600	CCF22	1.825.350	36.600	0	0	0	0	0

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

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 1/04/2020

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: CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52,285,697 de Bogotá

CONTRATO No.: 081 de 2020

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y 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, así como apoyar a la Dirección en las actividades que se deriven del proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre cierre y cierre de los paquetes.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/03/2020 **HASTA:** 31/03/2020

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DIESINUEVE PESOS ($ 4.563.319)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Cra 12B Este # 19 - 28 Sur

TELÉFONO: 3164780605

FIRMA
C.C

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

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Claudia Marcela Carreño González	52285697

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 8211 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No 081-2020

Fecha de Inicio: 24/01/2020 Fecha de Terminación: 31/12/2020

Valor total del Contrato: $ _**51.413.394,00**_ Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: $4.563.319,00

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 (*)
CC	1023943480	Angie Natalia Salazar Carreño	Hijos mayores de 23 años que se encuentran en

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

			situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal.

(*) 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 Wilson Salazar Pinzón (Vacío) identificado (a) con la C.C. No. 79698622(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 _____(Vacío)_____ de_____(Vacío)_____, según certificación del año 2016; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de

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

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. ___(Vacío)_____, del Banco ___(Vacío)_____,, a la cual consigno mensualmente la suma de ($ Vacío), 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.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____(Vacío)_____ la suma de ($ Vacío), 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 _____(Vacío)_____ la suma de ($ Vacío), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____(Vacío)_____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 52.285.697 de Bogotá
Bogotá D.C. 01 de Abril de 2020

ENERO	01	FEBRERO	02	MARZO	03	ABRIL	04
MAYO	05	JUNIO	06	JULIO	07	AGOSTO	08
SEPT	09	OCTUBRE	10	NOV.	11	DIC.	12

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No
(1) Parte básica: 95 05 12 (2) Parte compl: 06011

22795289

OFICINA REGISTRO CIVIL
(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, inspección, etc.): NOTARIA CUARENTA (40)
(4) Municipio y Departamento: SANTAFE DE BOGOTA
(5) Código: 1038

SECCION GENERICA

(6) Primer apellido: SALAZAR
(7) Segundo apellido: CARRENO
(8) Nombres: ANGIE NATALIA

(9) Masculino o Femenino: FEMENINO.
(10) Masculino ☐ Femenino ☒ (X)
FECHA DE NACIMIENTO: (11) Día: 12 (12) Mes: MAYO (13) Año: 1995

(14) País: COLOMBIA.
(15) Departamento: CUNDINAMARCA.
(16) Municipio: SANTAFE DE BOGOTA

SECCION ESPECIFICA

(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL LA VICTORIA
(18) Hora: 8:05AM

(19) Documento presentado Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO MEDICO
(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: SILVIA CAPASSO
(21) No. licencia: 11041..

MADRE
(22) Apellidos (de soltera): CARRENO GONZALEZ
(23) Nombres: CLAUDIA MARCELA
(24) 17
(25) Identificación (clase y número): T.I. 780109-06155 DE SANTAFE DE BTA.
(26) Nacionalidad: COLOMBIANA
(27) Profesión u oficio: ESTUDIANTE

PADRE
(28) Apellidos: SALAZAR PINZON
(29) Nombres: WILSON
(30) 21
(31) Identificación (clase y número): C.C.79.698.622 DE SANTAFE DE BOGOTA
(32) Nacionalidad: COLOMBIANA
(33) Profesión u oficio: MENSAJERO.

FUNCIONARIO
(34) Identificación (clase y número): C.C.79.698.622 DESANTAFE DE BOGOTA
(35) Firma (autógrafa): wilson Salazar Pinzon
(36) Dirección postal: CALLE43 B NO. 8 40 ESTE
(37) Nombre: WILSON SALAZAR PINZON.

TESTIGO
(38) Identificación (clase y número):
(39) Firma (autógrafa):
(40) Domicilio (Municipio):
(41) Nombre:

TESTIGO
(42) Identificación (clase y número):
(43) Firma (autógrafa):
(44) Domicilio (Municipio):
(45) Nombre:

FECHA EN QUE SE MANDA ESTE REGISTRO
(46) Día: 09 (47) Mes: JUNIO (48) Año: 1995

Firma (autógrafo y sello) funcionario que autoriza el registro
AGUSTIN CASTILLO ZARATE
AGUSTIN CASTILLO ZARATE
Notaría Cuarenta
Bogotá, D.C.
6

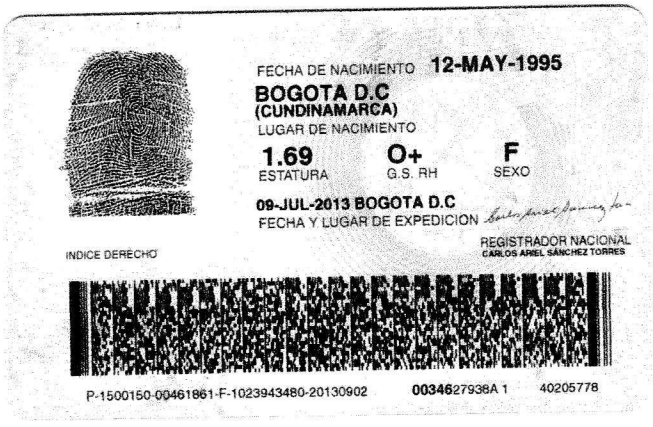
ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.943.480
SALAZAR CARREÑO
APELLIDOS
ANGIE NATALIA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
09-JUL-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1500150-00461861-F-1023943480-20130902 0034627938A 1 40205778

EPS Sanitas

Bogotá, 16 DE OCTUBRE DE 2019
ATEP 8032 - 19

Salazar Carreño Angie Natalia
CC 1023943480
CARRERA 12B ESTE #19 -28 SUR CASA BARRIO LA CASTAÑA
3164780605
Bogota Dc

CERTIFICACIÓN

Con la presente, nos permitimos informar que la EPS SANITAS en cumplimiento de la Circular Externa 000009 de 2017, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y con el fin de registrar las personas en condición de discapacidad permanente se permite certificar que **Salazar Carreño Angie Natalia** con **CC 1023943480** presenta la siguiente condición:

Tipo de discapacidad	Multiple
Código Diagnostico CIE 10	C710
Fecha de Expedición	16 Octubre 2019
Nombre Medico	ANDRÉS CAMILO GUTIÉRREZ
Registro	25964
Firma	

Cordialmente,



EPS Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
MEDICINA LABORAL

Medicina Laboral
EPS SANITAS

***** Nota: este documento (certificado) cumple con los requisitos de la circular externa 000009 de 2017 y hace las veces de carnet- Dando cumplimiento así al artículo 5 de la ley 361 de 1997 frente a la calificación de personas en situación de discapacidad. Resolución 583 de 2018(pendiente entrada en vigencia).***