ADRES ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD	**PROCESO**	**GESTIÓN DE CONTRATACIÓN**	**CÓDIGO**	**GCONFR01**
	FORMATO	**INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO**	**VERSIÓN**	**02**
			FECHA	**29/11/19**

Contrato No.	ADRES- CPS -148- 2021		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Martha Carolina Angulo Posse		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Jhan Piero Campos Cuellar	**Teléfono / Extensión**	4322760/ 1867
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad 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, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, 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 a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes		
Fecha de Inicio	08/03/2021	**Fecha de Terminación**	30/06/2021

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	08/03/2021	**Hasta**	31/03/2021
Adición y/o Prórroga	NA			
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	Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y	Se efectuó la revisión y verificación de 109 recobros correspondientes a la asignación de validaciones del archivo denominado “Validaciones ENF Huérfanas x usuario”. Se efectuó la revisión y verificación de 261 recobros correspondientes a la asignación de validaciones del archivo denominado “Validaciones ENF Huérfanas x usuario V2”.	Se envían archivos con el resultado de auditoría por medio de correo electrónico.	N/A

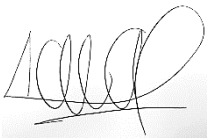
	catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes, generando conclusiones y resultados respecto al cumplimiento de los requisitos previstos para aprobar o negar las solicitudes de reconocimientos radicadas.	Se efectuó la revisión y verificación de 34 recobros correspondientes a la asignación de validaciones del archivo denominado "Validaciones Compras al por mayor". Se efectuó la revisión y verificación de 29 recobros correspondientes a la asignación de validaciones del archivo denominado "Validaciones Glosa AUD60006".		
2	Efectuar la revisión y análisis de la aplicación de los criterios de auditoria al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos con el fin de establecer el valor y estado final de cada recobro y/o reclamación, lo anterior con respecto a lo auditado por los analistas del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas..	Se realiza el análisis de las facturas de reingeniería de recobros alternativa técnica en el archivo Excel asignado "UNIRS EHR" con un total de 2317. Se realiza el análisis de las facturas de reingeniería de recobros alternativa técnica en el archivo Excel asignado de la "Captura Q ordenada MIPRES" con un total de 301. Se realiza el análisis de las facturas de reingeniería de recobros alternativa técnica en el archivo Excel asignado de la "Verificación NIT Certificado Representante Legal" con un total de 62.	Se envían archivos con el resultado de auditoría por medio de correo electrónico	N/A
3	Apoyar a la Dirección de Otras Prestaciones en la proyección de conceptos requeridos para soportar técnicamente recomendaciones en el marco del proceso de defensa judicial de la ADRES..	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A

4	Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato	Informe de supervisión mes de marzo del 2021	Se envía archivo por medio electrónico	N/A
5	Participar en la estructuración, definición e implementación de los manuales, procesos y procedimientos asociados con la revisión, verificación y auditoria de las cuentas por concepto de recobros y reclamaciones.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No aplica	N/A
6	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 artículo 7º de la Ley 1949 de 2019 y las que las modifiquen o sustituyan	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No aplica	N/A
7	Cumplir con las metas de productividad y calidad en el proceso de la verificación y 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.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No aplica	N/A
8	Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No aplica	N/A

	reclamaciones que le sean asignadas.			
9	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 realiza el análisis de las facturas de reingeniería de recobros alternativa técnica en el archivo Excel asignado "UNIRS EHR" con un total de 2317. Se realiza el análisis de las facturas de reingeniería de recobros alternativa técnica en el archivo Excel asignado de la "Captura Q ordenada MIPRES" con un total de 301. Se realiza el análisis de las facturas de reingeniería de recobros alternativa técnica en el archivo Excel asignado de la "Verificación NIT Certificado Representante Legal" con un total de 62.	Se envían archivos con el resultado de auditoría por medio de correo electrónico	N/A
10	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Capacitación Validaciones UNIRS EHR, 11 de marzo de 4:00pm al 6:00pm Capacitación Revisión Facturas , 29 de marzo de 8:00am al 9:00am	Soporte de Capacitaciones	N/A
11	Informar oportunamente al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No aplica	N/A
12	Apoyar y brindar los insumos requeridos dentro del procedimiento de reintegro de las solicitudes de servicios y tecnologías no financiadas	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No aplica	N/A

	con la UPC y de las reclamaciones por atenciones en salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas de que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993..			
13	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No aplica	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 05/04/2021

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 18.618.340	$0	$3.568.515	$ 0	$15.049.825

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS QUINCE PESOS ($3,568,515)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9418263513	$ 228.200	1/02/2021	28/02/2021	06/04/2021
Pensión	9418263513	$ 292.100	1/02/2021	28/02/2021	06/04/2021

ARL	9418263513	$ 9.600	1/02/2021	28/02/2021	06/04/2021

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) 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	N/A
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista; 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, firman:

Jhan Piero Campos Cuellar
Supervisor o interventor

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectúe la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 05/04/2021

¡Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 05/04/2021

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: Martha Carolina Angulo Posse

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1,110,460,851

CONTRATO No.: ADRES- CPS -148- 2021

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad 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, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, 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 a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes

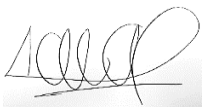
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 08/03/2021 **HASTA:** 31/03/2021

LA SUMA DE: TRES MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS QUINCE PESOS ($3,568,515)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 15 # 28-20 casa 48 Villas de San Andres

TELÉFONO: 3213750396



FIRMA
C.C 1,110,460,851

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Martha Carolina Angulo Posse	1.110.460.851

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 8541 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-148-2021

Fecha de Inicio: 08-03-2021 Fecha de Terminación: 30-06-2021
Valor inicial del Contrato: $18.618.340
Valor total del contrato: $18.618.340
Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor mensual por concepto de Honorarios: $4.654.585

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 (*)
RC	1034670710	Emmanuel Suarez Angulo	a)

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

(*) 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 Paulo Giovanny Suarez Núñez identificado (a) con la C.C. No 80.070.854 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 2019; 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.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

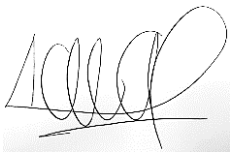
6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, 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
Cédula de ciudadanía: 1.110.460.851 de Ibagué
Bogotá D.C 05/04/2021

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE identificado(a) con CC 1110460851 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**28/07/2011**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CLINICA CHIA S.A. SEDE DE SERVICIOS AMBULATORIOS - MOSQUERA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 07 días del mes de abril del año 2021 .

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

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE identificado(a) con C.C No. 1.110.460.851, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 05 de abril del 2021.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción contáctanos, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 7484888, Barranquilla 386 9888, Bucaramanga 698 5888, Cali 489 9888, Cartagena 694 9888, Medellín 604 2888 y en el resto del país 604 2888.



Carolina Galvis Castellanos
Directora de Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías

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: 14700471799

(415)7707212489984(8020) 000001470047179 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 0 4 6 0 8 5 1	4	Impuestos y Aduanas de Ibagué 9	

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	1 1 1 0 4 6 0 8 5 1	2 0 0 5 0 7 0 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ANGULO	POSSE	MARTHA	CAROLINA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

41. Dirección principal: CR 6 44 84 BRR VILLA MARLEN I

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
ingcarolinangulo87@hotmail.com		3 2 1 3 7 5 0 3 9 6	2 6 4 4 6 6 3

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
8 2 1 1	2 0 2 0 0 7 2 8	8 2 9 9	2 0 1 5 0 6 0 1		7 0 2 0	4 5 3 0	2 1 4 5	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
4	9																								

53. Código

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2020 - 07 - 28 / 16 : 00: 23

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: ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14700471799

(415)7707212489984(8020) 000001470047179 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 0 4 6 0 8 5 1	4	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

Características y formas de las organizaciones

62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados	
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros	
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio	

Constitución, Registro y Última Reforma

Documento	1. Constitución	2. Reforma
71. Clase	0 9	
72. Número		
73. Fecha	2 0 0 8 0 1 2 9	
74. Número de notaría		
75. Entidad de registro	0 3	
76. Fecha de registro	2 0 0 8 0 1 2 9	
77. No. Matrícula mercantil	1 8 8 0 3 3	
78. Departamento	7 3	
79. Ciudad/Municipio	1 6	
Vigencia		
80. Desde		
81. Hasta		

Composición del Capital

82. Nacional %

83. Nacional público %

84. Nacional privado %

85. Extranjero %

86. Extranjero público %

87. Extranjero privado %

Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

Estado y Beneficio

Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV
1	9 9	2 0 1 2 0 9 1 7		-
2		Año Mes Día		-
3		Año Mes Día		-
4		Año Mes Día		-
5		Año Mes Día		-

Vinculación económica

93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial	95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante	96. DV.

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior	171. País	172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP	

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14700471799

(415)7707212489984(8020) 000001470047179 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 1 0 4 6 0 8 5 1	4	Impuestos y Aduanas de Ibagué	9

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica
Establecimiento de comerci 0 2	Comercio de partes, piezas (autopartes) y accesorios (lujos) para vehículo 4 5 3 0

162. Nombre del establecimiento: BOUTIQUE AUTOMOTRIZ 180°

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio
Tolima 7 3	Ibagué 0 0 1

165. Dirección: CR 7 27 A 15 BRR BELALCAZAR

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
1 8 8 0 3 4	2 0 0 8 0 1 2 9
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**
3 2 1 3 7 5 0 3 9 7	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio

165. Dirección:

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil
168. Teléfono	**169. Fecha de cierre**

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

ACCION Y GESTION AYG SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT 900589609-8

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 01/Ago/2020, **Hora:** 02:42:46 p.m.
Apellido: ANGULO POSSE **Nombre:** MARTHA CAROLINA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110460851
Empresa: Particular
Cargo: CONTRATISTA
Lugar:
Direccion: CLL 15 NÂº 28-20 VILLAS DE SAN ANDRES
Telefono: **Celular:** 3213750396 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Cundinamarca - Funza
Peso: 92 Kg **Estatura:** 1.62 M **IMC:** 35.0 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Diurno
EPS: NUEVA EPS **ARL:** COLMENA **AFP:** COLFONDOS

HC: # 25585
Edad: 33 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 01/Ene/1987
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional con enfasis osteomuscular, Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Dieta para controlar peso (baja en harinas, grasas y rica en verduras y frutas) alimentación por horarios
* Estilo De Vida Saludable
* Énfasis en Actividad Física regular

Medicas

* uso de anteojos permanentes
* Valoración por nutrición y dietetica en EPS.

Laborales

* Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa
* Se recomienda el uso de tapabocas permanente, uso de guantes y lavado de manos constantemente.

Concepto

Apto sin patología aparente.

Consentimiento Informado

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 de 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los hallazgos fueron consignados en historia clinica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

OSCAR JAIR OSPINA ORTIZ
MEDICO
Lic. de S.O #: 11200/10
Registro #: 11200

Salud Ocupacional IPS Nit. 900.589.609-8

MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE
CC 1110460851

Huella Digital

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1034670710

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55269030

55269030

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 49 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Z F

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SUAREZ	ANGULO

Nombre(s): EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes SEP Día 23	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14971869-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1110460851 de IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SUAREZ NUÑEZ PAULO GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80070854 de BOGOTA D C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SUAREZ NUÑEZ PAULO GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80070854 de BOGOTA D C	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
No. 0 de 0	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
No. 0 de 0	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes OCT Día 04	JESUS GERMAN RUSINQUE FORERO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
----------	----------
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Notaría 49 JESUS GERMAN RUSINQUE FORERO NOTARIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A.

Escaneado con CamScanner

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110460851		ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CRA 68 N 22A-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	947471386	9418263513	I	2021/03/11	2021/04/07	BANCO DE BOGOTA	27	$529,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,825,327	$292,100			$1,825,327	$228,200			$0	$0			$1,825,327	$9,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,825,327	$292,100			$1,825,327	$228,200			$0	$0			$1,825,327	$9,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,825,327	$292,100			$1,825,327	$228,200			$0	$0			$1,825,327	$9,600		$0	$0
1	CC	1110460851 ANGULO MARTHA	231001	30	$1,825,327	$292,100	EPS037	30	$1,825,327	$228,200		0	$0	$0	14-23	30	$1,825,327	$9,600	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,825,327	$292,100			$1,825,327	$228,200			$0	$0			$1,825,327	$9,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110460851		ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CRA 68 N 22A-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-02	2021-02	947471386	9418263513	I	2021/03/11	2021/04/07	BANCO DE BOGOTA	27	$529,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$292,100	$0	$0	$292,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$292,100	$0	$0	$292,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,600	$0	$0	$9,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,600	$0	$0	$9,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,200	$0	$0	$228,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$228,200	$0	$0	$228,200
TOTAL				1	$529,900	$0	$0	$529,900