CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 1/11/2024

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: Diego David Restrepo Barrios

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 92.559.197

CONTRATO No.: ADRES-CPS-721 de 2024

OBJETO: Prestar los servicios a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES apoyando la ejecución de las actividades relacionadas con la supervisión de los contratos de personas naturales suscritos por la Entidad en el marco de los procesos de reconocimiento y pago 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.

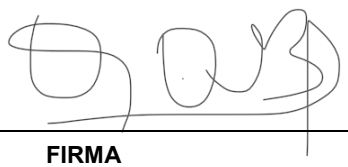
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 9/10/2024 **HASTA:** 31/10/2024

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE ($ 4,180.782) M/CTE

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 17 No. 05 este 35 Apto. 303 T 02

TELÉFONO: 3103365215



FIRMA
C.C .92559197

Contrato No.	**ADRES-CPS-721-2024**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DIEGO DAVID RESTREPO BARRIOS		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	EDINSON MAURICIO HERNÁNDEZ MANRIQUE	**Teléfono / Extensión**	601 4322760
Dependencia	Dirección 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 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.		
Fecha de Inicio	9/10/2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	9/10/2024	**Hasta**	31/10/2024
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	Efectuar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, 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, conforme los criterios y requisitos	Se efectuó la revisión y auditoria del periodo de radicación del 16 al 31 de agosto y del 1 al 16 de septiembre, por indemnización por muerte y gastos funerarios, e incapacidades permanentes, por accidente de tránsito, por catástrofes naturales, eventos terroristas.	Se anexa soportes en la carpeta denominada “Obligación 1”	**N/A**

	previstos en la normativa y manuales vigentes.			
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	Se registran las glosas de la auditoria integral del periodo de radicación del 16 al 31 de agosto y del 1 al 16 de septiembre, por indemnización por muerte y gastos funerarios, e incapacidades permanentes, por accidente de tránsito, por catástrofes naturales, eventos terroristas.	Se anexa soportes en la carpeta denominada “Obligación 2”	N/A
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas 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.	Se cumplieron con las metas establecidas para la auditoria integral del periodo de radicación del 16 al 31 de agosto y del 1 al 16 de septiembre, por indemnización por muerte y gastos funerarios, e incapacidades permanentes, por accidente de tránsito, por catástrofes naturales, eventos terroristas.	Se anexa soportes en la carpeta denominada “Obligación 3”	N/A
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de	Durante el periodo se desarrollaron los siguientes procedimientos en auditoria de indemnización de personas naturales: legibilidad de las reclamaciones del 16 al 31 de agosto y del 1 al 16 de septiembre - Revisión Comunicación de Resultados de las reclamaciones paquete del 29058.	Se anexa soportes en la carpeta denominada “Obligación 4”	N/A

	reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección.			
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se asistió a las siguientes capacitaciones y/o reuniones virtuales. - 15 de octubre de 2024, en franja horaria de 2: 00pm- 3:00pm (reunión comunicaciones de resultados). - 22 de octubre de 2024 reunión para evento del día de los niños en franja horaria 3:00 pm - 3:30 pm. - 25 de octubre de 2024 en franja horaria de 3: 00pm- 3:30pm (reunión unión marital de hecho) . - 30 de octubre de de2024, en franja horaria de 11:00am- 11:30 am (reunión captura de veracidades).	Se anexa soportes en la carpeta denominada “Obligación 5”	N/A
6	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas 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 este periodo no se desarrollaron este tipo de actividades.	N/A	N/A
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones	Durante este periodo no se desarrollaron este tipo de actividades.	N/A	N/A

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

DIEGO DAVID RESTREPO BARRIOS
Firma del Contratista
Fecha: 1/11/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 15.962.985	$0	$4.180.782	$0	$11.782.203

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de **CUATRO MILLONES CIENTO OCHENTA MIL SETECIENTOS OCHENTA Y DOS PESOS M/CTE ($ 4,180.782**)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9476589376	$153.400	09/10/2024	31/10/2024	31/10/2024
Pensión	9476589376	$196.300	09/10/2024	31/10/2024	31/10/2024
ARL	9476589376	$6.500	09/10/2024	31/10/2024	31/10/2024

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: N/A

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.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

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. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 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. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:

Firmado por Edinson Mauricio Hernandez Manrique el 01/11/2024 a las 13:52:59 COT

EDINSON MAURICIO HERNÁNDEZ MANRIQUE
Supervisor (es)/Interventor (es)

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., 1/11/2024

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

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 92559197		RESTREPO BARRIOS DIEGO DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 No. 05 este 35	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1016385484	9476589376	I	2024/11/26	2024/10/31	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$356,200

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)					$1,226,427	$196,300			$1,226,427	$153,400			$0	$0			$1,226,427	$6,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,226,427	$196,300			$1,226,427	$153,400			$0	$0			$1,226,427	$6,500		$0	$0
Ciudad: MOSQUERA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$1,226,427	$196,300			$1,226,427	$153,400			$0	$0			$1,226,427	$6,500		$0	$0
1	CC 92559197	RESTREPO DIEGO	25-14	22	$1,226,427	$196,300	EPS008	22	$1,226,427	$153,400		0	$0	$0	14-23	22	$1,226,427	$6,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,226,427	$196,300			$1,226,427	$153,400			$0	$0			$1,226,427	$6,500		$0	$0

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 92559197		RESTREPO BARRIOS DIEGO DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 17 No. 05 este 35	MOSQUERA-CUNDINAMARCA	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	1016385484	9476589376	I	2024/11/26	2024/10/31	BANCO BBVA COLOMBIA S.A.	0	$356,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$196,300	$0	$0	$196,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$196,300	$0	$0	$196,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,500	$0	$0	$6,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,500	$0	$0	$6,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$153,400	$0	$0	$153,400
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$153,400	$0	$0	$153,400
TOTAL				1	$356,200	$0	$0	$356,200

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

Bogotá D.C., 01 de noviembre de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Diego David Restrepo Barrios	92,559.197

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 6910, Tarifa ICA 8.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-721-2024
Fecha de Inicio: 09/10/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024
Valor total del Contrato: $15.962.985 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor de concepto de Honorarios 2024: $4.180.782

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 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

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

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 XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX 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 2023; 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 2024

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 ($), (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)

Atentamente,

Firma:



Cédula de ciudadanía No. 92,559.197 de Bogotá
Bogotá D.C., 01/11/2024

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14747252998

(415)7707212489984(8020) 000001474725299 8

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Sucre 7 0	Corozal 2 1 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RESTREPO	BARRIOS	DIEGO	DAVID

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Mosquera 4 7 3

41. Dirección principal: CL 23 5 27 CA 6 IN 14

42. Correo electrónico: dida2611@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 3 3 6 5 2 1 5	

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

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	5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios 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 2021 - 03 - 14 / 21 : 56: 37

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RESTREPO BARRIOS DIEGO DAVID

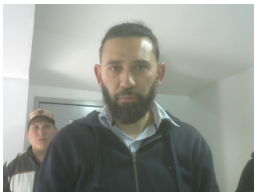
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

IPS Sigmedical
NIT: 900.923.659-9

Sede Mosquera : Carrera 1 #4-03, Barrio Cartagenita
Sede Madrid : Carrera 9 # 4-97, Barrio San Luis
Sede Funza Calle 14 #10-64, Barrio Centro
Telefonos: Mosquera :8295414 Madrid:8287009 Funza:8218385
Codigo de Prestador :254730264201

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 31/Ene/2024, **Hora:** 08:23:04 a.m.
Apellido: Restrepo barrios
Nombre: Diego david
Tipo Doc: CC
Nro Identidad: 9259197
Empresa: Cliente mostrador
Cargo: Profesional especializado
Direccion: Calle 17 # 05 este / 35
Telefono: **Celular:** 3103365215 **Email:** **Estado Civil:** Union libre
Ciudad: Cundinamarca - mosquera
Responsable: - **Parentesco:** - **Telefono:**

HC: # 171951
Edad: 44 años
Sexo: Masculino ♂
Nacim: 11/Dic/1979
Rh: O+

Examenes Realizados

- ☐ Audiometria tamiz
- ☐ Audiometria tonal
- ☐ Glicemia
- ☐ Optometria
- ☐ Vestibular
- ☐ Visiometria

Otros: Examen medico ocupacional con enfasis osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.	Estilo de Vida Saludable
	* 1- actividad fisica regular, estilo de vida saludable

Medicas	Laborales
* Control periódico en programas de promoción y prevención en eps	* 1- capacitación en su cargo según factores de riesgo, * 2- uso de elementos de protección personal según factores de riesgo, * 3- realizar pausas activas durante la jornada laboral según el programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa,

Resumen Resultados

Examen	Resultado

Concepto

Sin restricción para el cargo

Observaciones

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 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 sanitario encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Dr. Luis Argenis Rangel Rodriguez
Medico Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo
RM. 892418 // Res. 5365 del 15-09-22

Luis rangel
Médico especialista en salud ocupacional
Lic. de S.O #: 5365/ 15-09-2022

Diego david restrepo barrios
CC 9259197



Huella
Digital