Contrato No.	ADRES-CPS-756-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	JUAN CARLOS RIAÑO MORENO		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Heide Lizeth Lamprea Méndez	**Teléfono / Extensión**	601 432 27 60 Ext. 1881
Dependencia	Dirección General		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales para el desarrollo de requerimientos relacionados con la operación y mejora continua de los aplicativos misionales de la Entidad		
Fecha de Inicio	18/10//2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	18/10/2024	**Hasta**	31/10/2024
Adición y/o Prórroga	No aplica			
Suspensión	No aplica			
Cesión	No aplica			

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

id	Obligación	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Dar solución a los requerimientos reportados por los Usuarios conforme con el procedimiento de Gestión de Requerimientos que al interior de la Dirección de Gestión de Tecnología de Información y Comunicaciones - DGTIC se tenga definido;	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	NA

	documentando y notificando al usuario funcional y/o área técnica la solución pertinente según corresponda			
2	Dar solución a los incidentes reportados por los Usuarios conforme con el procedimiento de Gestión de Incidentes que al interior de la Dirección de Gestión de Tecnología de Información y Comunicaciones - DGTIC se tenga definido; documentando y notificando al usuario funcional y/o área técnica la solución pertinente según corresponda	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	NA
3	Verificar y monitorear la correcta operación de los procesos misionales que le sean eventualmente asignadas por el supervisor del contrato.	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	NA
4	Programar y canalizar entrevistas,	***Participación en Jornadas de Inducción:***	Ver: Obligaciones	

	mesas de trabajo, revisión de información y demás gestiones que le permitan levantar y documentar las especificaciones técnicas y demás artefactos que se requieran para desarrollar las funcionalidades que le sean eventualmente asignadas por el supervisor del contrato.	*Se asistió a las jornadas de inducción del proyecto Motor de Validación, las cuales fueron el motivo de la contratación. Durante estas jornadas, se adquirió una comprensión integral del alcance, objetivos y metodología del proyecto.* ***Reunión de Avance del Proyecto:*** *Se participó en una reunión de avance del proyecto motor de Validación con asesores y líderes de otras áreas, con el objetivo de revisar el progreso, compartir actualizaciones y coordinar acciones futuras.* ***Reuniones con Representante de la Sesión de Auditoría:*** *Se llevaron a cabo dos sesiones de reunión con un representante de la sesión de auditoría. El propósito de estas reuniones fue entender la trazabilidad de los procesos de cuentas ante la entidad, enseñándonos que todos los procedimientos cumplían con los estándares requeridos.*	Lista de asistencia a reunión	
5	Realizar los respectivos planes de trabajo y cronogramas de actividades frente a los requerimientos, a ser desarrollados, que le sean eventualmente asignados por el	***Estudio y Revisión de Componentes del Motor de Validaciones:*** *Se estudian y revisan los componentes del motor de validaciones, su estructura y funcionamiento, para asegurar una comprensión completa del sistema y sus requerimientos técnicos.*	Ver: Obligaciones Correos donde se envían la estructura del motor de validaciones y demás información	

	supervisor del contrato. Esta documentación debe quedar registrada y almacenada dentro del repositorio que se defina por parte de la DGTIC	***Primer Acercamiento a los Diferentes Códigos de Cada Estructura:*** *Se realiza un primer acercamiento a los códigos de cada estructura, permitiendo identificar y familiarizarse con las bases del código y su organización dentro del proyecto.* ***Definición del Procedimiento de Validación de APIs y Servicios:*** *Se define el procedimiento de validación de las APIs y de los servicios, asegurando que todos cumplen con los estándares requeridos.* *Adicionalmente, se inicia un sistema manual de validación para complementar y verificar los procesos automáticos,*		
6	Diseñar los desarrollos nuevos o existentes que sean requeridos para dar cumplimiento con las Historias de usuario definidas conforme con los requerimientos definidos por las áreas funcionales y que le sean eventualmente asignadas por el supervisor del contrato. Dicha documentación debe ser	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	

	gestionada en la plataforma indicada por la DGTIC y con los lineamientos definidos por esta.			
7	Dar solución a los incidentes y requerimientos de seguridad informática que sean reportados conforme con el procedimiento de Gestión de Incidentes que al interior de la Dirección de Gestión de Tecnología de Información y Comunicaciones - DGTIC se tenga definido; documentando y notificando según corresponda dicho procedimiento.	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	
8	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le designe la Dirección de Gestión de Tecnología de Información y Comunicaciones - DGTIC	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	*Durante este mes no se realizaron actividades relacionadas a esta obligación*	

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



Firma del Contratista
Fecha: 06 de noviembre de 2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP $ 19.228.000	COP $ 0	COP $3.289.000	COP $0	COP $15.939.000

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de tres millones doscientos ochenta y nueve mil pesos MCTE ($3.289.000)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	**7945448940**	$ 223700	01/10/2004	31/10/2024	07/11/2024
Pensión	**7945448940**	$ 286300	01/10/2004	31/10/2024	07/11/2024
ARL	**7945448940**	$ 18800	01/10/2004	31/10/2024	07/11/2024

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: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que:

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

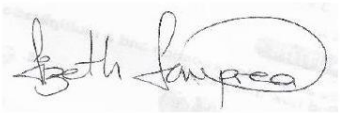
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

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

OBSERVACIONES	Dado que corresponde a la primera cuenta del contratista y teniendo en cuenta las indicaciones recibidas por el grupo de Gestión Financiera de la DAF, se recibe el informe sin el comprobante de aportes, por el contrario, se valida la afiliación a la seguridad social. Se especifica al contratista que para el próximo informe debe presentar el comprobante de pago de aportes
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:



Lizeth Lamprea Méndez

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 06/11/2024

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

CIUDAD: Bogotá

FECHA: 06 de noviembre de 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: JUAN CARLOS RIAÑO MORENO

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 86.086.004

CONTRATO No.: ADRES-CPS-756-2024 de 2024

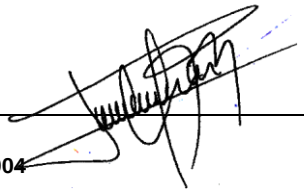
OBJETO: Prestar servicios profesionales para el desarrollo de requerimientos relacionados con la operación y mejora continua de los aplicativos misionales de la Entidad

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 18 de octubre de 2024 **HASTA:** 31 de octubre 2024 **LA SUMA DE:** $3,289,000 (tres millones doscientos ochenta y nueve mil pesos MCTE)

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: Calle 32# 13-83, edificio Bavaro

TELÉFONO: 3112360609



FIRMA
C.C 86,086,004

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

Bogotá D.C., 6 de noviembre de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
JUAN CARLOS RIAÑO MORENO	86.0860.004

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 6201, Tarifa ICA 9.66 X 1000
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-756-2024
Fecha de Inicio: 18 DE OCTUBRE de 2024 Fecha de Terminación: 31 de diciembre de 2024
Valor total del Contrato: $ 19.228.000 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: $3,289,000 (tres millones doscientos ochenta y nueve mil pesos MCTE)

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

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 (*)
T.I	1.122.522.577	SAMUEL FELIPE RIAÑO LAROTTA	a)

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

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

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

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.

1. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXX 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.

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

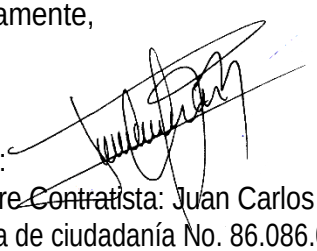
---

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

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

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:
Nombre Contratista: Juan Carlos Riaño Moreno
Cédula de ciudadanía No. 86.086.004 de Bogotá
Bogotá D.C., 6 de noviembre de 2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1122522577

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 41242293

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X7H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía: COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
RIANO	LA ROTTA

Nombre(s): SAMUEL FELIPE

Fecha de nacimiento Año	Mes	Día	Sexo (en letras)	Grupo Sanguíneo	Factor Rh
2010	002	13	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA META VILLAVICENCIO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	51649469-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LA ROTTA GUERRA JEIMMY JOHANNA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.1.121.368.281 EXP V/CIO	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: RIAÑO MORENO JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.No.86.086.004 EXP V/CIO	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: RIAÑO MORENO JUAN CARLOS

Documento de identificación (Clase y número): C.C.No.86.086.004 EXP V/CIO

Firma: [firma]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) / Firma: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número) / Firma: CCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCCC

Fecha de inscripción Año	Mes	Día	Nombre y firma del funcionario que autoriza
2010	002	18	MARTHA LILIANA ZAMORA BARRERA(E)

Reconocimiento paterno — Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: MARTHA LILIANA ZAMORA BARRERA(E)

ESPACIO PARA NOTAS

23 F.237

Es fiel copia tomada del documento que reposa en el archivo de esta notaría

Notaría Primera de Villavicencio

Notaria — Villavicencio

DESPACHADO 13 NOV 2013

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

BBVA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	86086004
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JUAN CARLOS RIANO MORENO
CIUDAD/MUNICIPIO:	VILLAVICENCIO	DEPARTAMENTO:	META
DIRECCIÓN:	CARRERA 37 # 34 - 80	TELÉFONO:	6656797
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de consultaría de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - JUAN CARLOS RIANO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**7945448940**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		2			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/11/07	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1034153328

NOVEDADES															
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
							X									

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 286.300
SUBTOTAL:			1	**$ 286.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 223.700
SUBTOTAL:			1	**$ 223.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 18.800
SUBTOTAL:			1	**$ 18.800**

VALOR SIN MORA:	**$ 527.800**
VALOR MORA:	**$ 1.000**
TOTAL PAGADO:	**$ 528.800**

Planilla Pagada

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141135689486

(415)7707212489984(8020) 000014113568948 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 6 0 8 6 0 0 4	1	Impuestos y Aduanas de Villavicencio 2 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	8 6 0 8 6 0 0 4	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RIAÑO	MORENO	JUAN	CARLOS

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

41. Dirección principal: CR 37 34 80 BRR BARZAL

42. Correo electrónico: juan_carlos_riano2@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 2 3 6 0 6 0 9	

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 9 9	2 0 2 4 0 1 0 1	7 0 1 0	2 0 2 4 0 1 0 1		6 2 0 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
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	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 10 - 08 / 14 : 20: 55

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 RIAÑO MORENO JUAN CARLOS

985. Cargo Contribuyente

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Dr. Edgar Favian Bejarano

M.D. Especialista en Seguridad y Salud en el Trabajo

CERTIFICADO MÉDICO PREOCUPACIONAL FECHA: 26/09/2024

NOMBRES Y APELLIDOS: Juan Carlos Riaño Moreno
TIPO DE DOCUMENTO: Cédula de ciudadanía
CARGO: Contratista
EMPRESA: PARTICULAR
DIRECCIÓN: Carrera 37#34-80

EDAD: 40 años
N° DOCUMENTO: 86086004
GÉNERO: Masculino
CIUDAD: Villavicencio
TELÉFONO: 3112360609

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA:

Desordenes musculoesqueléticos (DME), Riesgo psicosocial

AYUDAS DIAGNÓSTICAS:

Ninguna

ÉNFASIS:

Osteomuscular: Normal

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL:

De acuerdo con el examen ocupacional realizado a Juan Carlos Riaño Moreno, con documento N° 86086004, en el día 26/09/2024. Se considera **No presenta restricción** para desempeñar la ocupación de Contratista.

RECOMENDACIONES GENERALES:

implementar hábitos y estilo de vida saludables, alimentación balanceada, adecuada hidratación oral, actividad física regular, asistir periódicamente a consulta preventiva en su EPS.

CONDUCTAS OCUPACIONALES:

De acuerdo con los hallazgos clínicos y el examen médico realizado, paciente no presenta alteraciones médicas que interfieran en el adecuado desarrollo de su actividad laboral. Se recomienda implementar medidas de trabajo seguro, haciendo énfasis en los principales riesgos asociados a su cargo.

Observaciones generales preventivas:

1. Higiene postural de acuerdo al cargo a desempeñar
2. Capacitar en higiene postural y cuidados de espalda
3. El empleador debe de manera periódica inspeccionar puesto de trabajo
4. Ejecutar un adecuado programa de pausas activas y pasivas de manera periódica durante la jornada laboral
5. Capacitación en la prevención de riesgos propios del trabajo, en notificar cualquier incidente o accidente laboral y acatar recomendaciones del programa de seguridad y salud en el trabajo de la empresa
6. Adoptar estilos de vida saludable, ejercicio, dieta balanceada en fibra, frutas, vegetales, baja en azucares, carbohidratos y grasas
7. Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo a desempeñar

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL TRABAJADOR:

De acuerdo con lo contemplado en las resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de junio 5 de 2009 del ministerio de protección social, las evaluaciones medicas ocupacionales tiene como objeto monitorear la exposición a factores de riesgo ocupacional e identificar las posibles alteraciones de la salud de los trabajadores; así fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiologica mediante los programas de promoción y prevención de la salud.
Autorizo al médico ocupacional, quien firma este certificado a realizar el presente examen médico ocupacional y pruebas complementarias a las que haya lugar. Certifico que he sido informado(a) acerca de la naturaleza y propósito de estos exámenes. Entiendo que la realización de estos exámenes es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Certifico además que las respuestas que doy son completas y verídicas, que no omito información relevante que pudieran influir sobre mi estado de salud y me comprometo a informar en forma veraz y oportuna a mi empleador cualquier cambio que pueda presentarse en las mismas. Se me informo también que este documento es estrictamente confidencial y de reserva profesional. No puede comunicarse o darse a conocer, salvo a las personas o entidades previstas en la legislación vigente. Comprendo las explicaciones y recomendaciones suministradas por el medico sobre aspectos de mi estado de salud y se me informo que puedo obtener copia de las valoraciones realizadas en el momento que lo requiera.





FIRMA DEL MÉDICO

NOMBRE: Edgar Favian Bejarano Velandia

REGISTRO MÉDICO: 8553/2014 – 86076202

LICENCIA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: 7213 del 13/03/2021

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Juan Carlos Riaño Moreno

DOCUMENTO: 86086004

Código de validación:96724181949741120000

Cra 31 # 41-45 consultorio 201, 3127057546, Villavicencio, https://www.medicoaeroespacial.com/medicos/dr-favian-bejarano/