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**	01/12/2024		31/12/2024
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;	Desarrollo y mantenimiento de scripts de pruebas automatizadas	• Crear/actualizar scripts de Python para pruebas • Mantener repositorio de código actualizado • Documentar los scripts y sus funcionalidades • *Evidencias en la carpeta: Obligacion 1*	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	Gestión y seguimiento de bugs identificados	• *Documentar bugs encontrados* • *Hacer seguimiento a correcciones* • *Verificar soluciones implementadas* • *Evidencias en la carpeta: Obligacion 2*	NA
3	Verificar y monitorear la correcta operación de los procesos misionales que le sean eventualmente asignadas por el supervisor del contrato.	Coordinación y ejecución de pruebas de aceptación con usuario funcional	• *Programar sesiones con usuarios* • *Documentar resultados* • *Gestionar retroalimentación* • *Evidencias en la carpeta: Obligacion 3*	NA

4	Programar y canalizar entrevistas,			

	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.	Participación en reuniones de seguimiento y coordinación	• Asistir a reuniones semanales programadas • Participar en reuniones extraordinarias según necesidad • Documentar acuerdos y compromisos • *Evidencias en la carpeta: Obligacion 4*	

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 supervisor del contrato. Esta documentación debe quedar registrada y almacenada dentro del repositorio que se defina por parte de la DGTIC*			

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 gestionada en la plataforma indicada por la DGTIC y con los lineamientos definidos por esta.	Ejecución y documentación de pruebas de integración para formularios Furips 1, 2 Furtran	• Completar pruebas pendientes de los tres formularios • Documentar resultados y hallazgos • Actualizar repositorio de pruebas • *Evidencias en la carpeta: Obligacion 6*	

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.	Preparación y ejecución de pruebas de rendimiento en ambiente Kubernetes	• Diseñar escenarios de prueba • Ejecutar pruebas una vez liberado el ambiente • Documentar métricas y resultados • *Evidencias en la carpeta: Obligacion 7*	
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: 31 de diciembre de 2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP $ 19.228.000	COP $ 10.879.000	COP $7.590.000	COP $ 0	COP $ 759.000

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de siete millones quinientos noventa mil pesos MCTE ($7.590.000)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	**7950824683**	$ 485800	01/12/2004	31/12/2024	11/12/2024
Pensión	**7950824683**	$ 379500	01/12/2004	31/12/2024	11/12/2024
ARL	**7950824683**	$ 15900	01/12/2004	31/12/2024	11/12/2024

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.

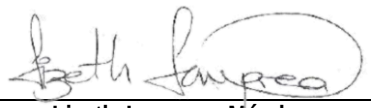
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

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	
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., 31/12/2024

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

CIUDAD: Bogotá

FECHA: 31 de diciembre 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: 01 de diciembre de 2024 **HASTA:** 31 de diciembre de 2024

LA SUMA DE: $7.590.000 (siete millones quinientos noventa 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., 11 de diciembre de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
JUAN CARLOS RIAÑO MORENO	86.086.004

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: $7.590.000 (siete millones quinientos noventa 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.

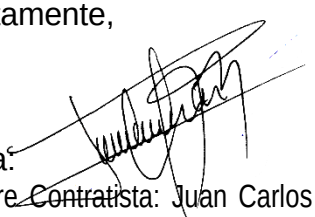
---

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., 31 de diciembre de 2024

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1122522577

Indicativo Serial 41242293

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [01] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código X 7 H

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

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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

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)

Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

23 F.237

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

Notaría Primera de Villavicencio

Gilma Zoraya Romero Medrano
Notaria

NOTARÍA PRIMERA DEL CÍRCULO DE VILLAVICENCIO

DESPACHADO 13 NOV 2013

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

41242293

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:	**7950824683**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/11	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1117022402

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

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800229739	230201	230201- PROTECCION	1	$ 485.800
SUBTOTAL:			1	**$ 485.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 379.500
SUBTOTAL:			1	**$ 379.500**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 15.900
SUBTOTAL:			1	**$ 15.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 881.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 881.200**