

CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 7/03/2025

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: DIANA MARCELA FONSECA

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☒ No. 52.988.812

CONTRATO No.: ADRES-CPS-441 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control 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 ID-122-DOP.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 14/02/2025 **HASTA:** 28/02/2025

LA SUMA DE: TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS M/CTE.
(\$3.424.440,33)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 81 # 145d - 15

TELÉFONO: 3016923893


c.c. 52.988.812

FIRMA
C.C .52.988.812

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS-441-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DIANA MARCELA FONSECA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	HEIDY PATRICIA PARRA CHAVARRO	Teléfono / Extensión	4322760
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control 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 ID-122-DOP.		
Fecha de Inicio	14/02/2025	Fecha de Terminación	13/10/2025

Periodo del Informe de Actividades	Desde	14/02/2025	Hasta	28/02/2025
Adición y/o Prórroga	No Aplica			
Suspensión	No Aplica			
Cesión	No Aplica			

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,	Se realiza auditoria de los recobros correspondientes a: 1. Auditoria Albergues Guainia, suministro y factura, respuesta a glosa. 2. Auditoria Formato 7 paquete NPM30	Se adjunta Excel archivo nombrado: 1.Consolidado Producción_Formato 7_Guainia. 263 radicados	NA.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

	eventos terroristas y catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos 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.	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	Se adjunta archivos anteriormente nombrados en la sección de Productos y/o Entregables, de la obligación contractual Número 1.	NA	
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 cumplen las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría de formato 7, paquete Npm30 y correspondiente a auditoría Albergue Guainia, respuesta a glosa.	Se adjunta Excel archivo nombrado: 1. C Consolidado Producción_Formato 7_Guainia. 263 radicados.	NA	
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	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	NA	NA	

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

	tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de 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 asiste a (3) reuniones y capacitaciones programadas	Se adjunta archivo pdf nombrado: reuniones y capacitaciones febrero 2025	NA
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	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se evidenciaron situaciones inconsistentes, en el trámite de los paquetes correspondientes a la auditoría de formato 7 y Albergues Guainia.	NA	NA
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	NA	NA

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



Firma del Contratista
Fecha: 7/03/2025

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$48.345.040	\$0	\$3.424.440,33	\$0	\$44.920.599,67

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS M/CTE (\$ 3.424.440,33)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	1070993670	\$178.000	1/02/2025	28/02/2025	7/03/2025
Pensión	1070993670	\$227.800	1/02/2025	28/02/2025	7/03/2025
ARL	1070993670	\$7.500	1/02/2025	28/02/2025	7/03/2025

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: NA

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

- 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.
- 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.
- A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
- Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

OBSERVACIONES	NA
ANEXOS	<ol style="list-style-type: none"> 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. <ol style="list-style-type: none"> 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: <ol style="list-style-type: none"> a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.
<p>En constancia, firmo:</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  <div style="font-size: 0.8em;"> Firmado por Heidy Patricia Parra Chavarro el 07/03/2025 a las 16:02:13 COT </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;"> HEIDY PATRICIA PARRA CHAVARRO Supervisor (es)/Interventor (es) </p> <p>En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobacion respectiva en la plataforma de SECOP II.</p> <p>Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 7/03/2025</p>	

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

PAGADO 07/03/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARCELA FONSECA		
Documento	CC52988812	Dirección	CR 81 #145 D - 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	3016923893
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total									
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	UMA	VAC	VAC	VCT	IND	Días ARP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 52988812	DIANA MARCELA FONSECA	59	00																	0	30	30	30		(231001) COLFONDOS	\$ 1.423.500	\$ 227.800	(EPS017) FAMISANAR EPS	\$ 1.423.500	\$ 178.000	0,522	\$ 1.423.500	\$ 7.500	(CCF24) COMPENSAR CCF	\$ 1.423.500	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 421.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 1.423.500	\$ 227.800	\$ 178.000	\$ 7.500	\$ 8.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 421.900	\$ 800	\$ 422.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Página 1 de 1

¡El Poder de lo SIMPLE!



Información de la Planilla Pagada	
Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-03-07, 11:30:24 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	febrero de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	febrero de 2025
Empresa	DIANA MARCELA FONSECA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52988812
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1070993670
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1319826193
Banco	(1809) - NU
Valor	\$ 422.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	\$ 227.800	\$ 300
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	\$ 178.000	\$ 300
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 7.500	\$ 100
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	\$ 8.600	\$ 100
SubTotales:				\$ 421.900	\$ 800
Total a Pagar:					\$ 422.700





**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025**

Bogotá D.C., 07 de marzo de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
DIANA MARCELA FONSECA	52.988.812

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 7490, Tarifa ICA 8,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-441-2025

Fecha de Inicio: 14-02-2025 Fecha de Terminación: 13-10-2025

Valor total del Contrato: ~~\$48.345.040~~ Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor por concepto de Honorarios 2025: 3.424.440,33

Durante el año gravable 2023 fue declarante de renta SI ☐ NO ☒

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 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 (*)
TI	1031835519	GABRIELA GUERRERO FONSECA	A

(*) 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 2025

- 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 XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
- 4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación _____ de _____, según certificación del año gravable 2024; 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 2025**

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)
9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Atentamente,

Firma:

DIANA MARCELA FONSECA

Cédula de ciudadanía No. 52.988.812 de Bogotá

Bogotá D.C., 07 de marzo de 2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1031835519

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53387537

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraria ☐ Notaria ☒ Número 9 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 1 0 67

Nº Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

-----COLOMBIA----- CUNDINAMARCA ----- BOGOTA D.C.-----

Datos del inscrito

Primer Apellido

Segundo Apellido

GUERRERO

FONSECA

Nombre(s)

GABRIELA

Fecha de nacimiento

Sexo (en letras)

Grupo sanguíneo

Factor RH

Año 2 0 1 4 Mes E N E Día 1 0 FEMENINO O POSITIVO

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

-----COLOMBIA----- CUNDINAMARCA ----- BOGOTA D.C.-----

Tipo de documento antecedente a Declaración de testigos

Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

-12465743-6-

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

FONSECA DIANA MARCELA

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 52988812 DE BOGOTA D.C.

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

GUERRERO RODRIGUEZ OSCAR

Documento de identificación (Clase y número)

Nacionalidad

C.C. No. 79787441 DE BOGOTA D.C.

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

GUERRERO RODRIGUEZ OSCAR

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

C.C. No. 79787441 DE BOGOTA D.C.

[Firma manuscrita: Oscar Guerrero]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 1 4 Mes E N E Día 2 3

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS HERNANDO RAMIREZ MENDOZA

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

LUIS HERNANDO RAMIREZ MENDOZA

Nombre y firma

[Firma manuscrita: Oscar Guerrero]
Firma



ESPACIO PARA NOTAS

LV T 176 F 195

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

CC 727275

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.031.835.519**
GUERRERO FONSECA
 APELLIDOS
GABRIELA
 NOMBRES
Gabriela Guerrero
 FIRMA




FECHA DE NACIMIENTO **10-ENE-2014**
BOGOTÁ D.C.
 (CUNDINAMARCA)
 LUGAR DE NACIMIENTO

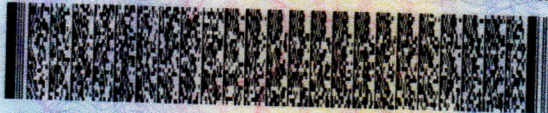
10-ENE-2032
 FECHA DE VENCIMIENTO

15-FEB-2021 BOGOTÁ D.C.
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **F**
 G S RH SEXO

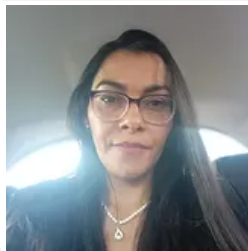
REGISTRADOR NACIONAL
 ALEXANDER VEGA ROCHA

ÍNDICE DERECHO

P-1500150-01218839-F-1031835519-20210226 0073577294A 1 8501525719

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141160954177	
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 9 8 8 8 1 2		6. DV 3	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 5 2 9 8 8 8 1 2	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido FONSECA		32. Segundo apellido		33. Primer nombre DIANA	
35. Razón social				34. Otros nombres MARCELA	
36. Nombre comercial				37. Sigla	
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1	
41. Dirección principal CR 81 145 D 15					
42. Correo electrónico dianamarcelaf06@gmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 0 1 6 9 2 3 8 9 3		45. Teléfono 2 6 0 1 3 8 6 5 2 3 0	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 7 4 9 0		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 5 0 1 0 1		48. Código 8 2 9 9	
49. Fecha inicio actividad 2 0 1 7 0 1 0 2		50. Código 1 2		51. Código 3 4 1 5	
52. Número establecimientos					
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 4 9					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
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					
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 FONSECA DIANA MARCELA					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					



DATOS PERSONALES

Fecha de Atención: 22/12/2022 Tipo de Consulta: **Examen Médico Ocupacional Ingreso**
Nombres y Apellidos: Diana Marcela Fonseca Documento: 52988812
Fecha nacimiento: 23/12/1982 Edad: 39 Género: FEMENINO Ciudad residencia: Bogotá
Empresa: PARTICULAR Cargo:

EXÁMENES REALIZADOS

Examen Médico Osteomuscular, Audiometría, Visiometría

CONCEPTO EVALUACIÓN MÉDICA

ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Diana Marcela Fonseca con documento de identificación No 52988812 se considera que es ELEGIBLE PARA EL CARGO SIN RECOMENDACIONES LABORALES para desempeñar la ocupación del cargo descrito

CONCLUSIONES OCUPACIONALES

RECOMENDACIONES GENERALES

1. PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
2. CAPACITACIÓN DE HIGIENE POSTURAL Y MANEJO DE COLUMNA
3. ADECUACIÓN ERGONÓMICA DE PUESTO DE TRABAJO
4. EJERCICIO FÍSICO FRECUENTE.
5. DIETA BALANCEADA.
6. PACIENTE SIN SÍNTOMAS O SIGNOS ASOCIADOS A ENFERMEDADES DE BASE O DE ORIGEN COMÚN
7. PACIENTE SIN COMORBILIDAD ASOCIADA A COVID-19

SALUD FÍSICA Y MENTAL

A no ser que presentes una restricción médica realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, o al menos 75 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad.
Consume alimentos variados, incluyendo frutas y verduras
Reduce el consumo de sal, grasas saturadas y el azúcar
Mantén una buena hidratación bebiendo suficiente agua
Sigue una rutina y organiza tu tiempo en el trabajo, familia, estudio, cuidado personal y hobbies.
Reduce la exposición a noticias negativas
Mantén el contacto social vía telefónica - virtual o de forma presencial teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad
Evita el consumo de alcohol y drogas
Ayuda a los demás
Mantén hábitos de sueño

JUAN JOSE REATIGA
REGISTRO MEDICO NO 14791
LICENCIA SALUD OCUPACIONAL 460
6 DE JULIO DE 2020



Verifica la validez
de este certificado

FIRMA TRABAJADOR
Diana Marcela Fonseca
52988812