ADRES	**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-488-2025**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	**DEISY PAOLA MATEUS MATEUS.**		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	**CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ.**	**Teléfono / Extensión**	601 432 27 60
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago 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; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes. ID-053-DOP.		
Fecha de Inicio	24/02/2025	**Fecha de Terminación**	23/10/2025

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	24/02/2025	**Hasta**	28/02/2025
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.	Realizar la revisión y verificación de la correcta aplicación de los criterios de auditoria establecidos del conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC ni presupuestos máximos y/o servicios complementarios, así como, por reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por	Realice la revisión y verificación de criterios de auditoría de las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas. Se realiza la verificación de cada uno de los soportes anexados con la finalidad de llevar a cabo el proceso de auditoría de acuerdo con los lineamientos y establecer el estado final de cada una de las reclamaciones asignadas en el componente Reclamaciones Soporte y consistencia:	Se Adjunta carpeta de obligaciones ADRES-CPS-488 2025. Febrero subcarpeta obligación 1,2,3,4,5 y 6	N/A

	riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social; lo anterior, conforme a lo establecido en la normatividad y manuales vigentes en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por la respectiva Coordinación de Grupo.	1.1.Universo G75N_Soportes y Consistencia. Auditados en su totalidad 283 Reclamaciones.		
2.	Cumplir con las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría de recobros, reclamaciones y cuentas que le sean asignadas para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Cumpli con las metas de productividad establedidas de las Reclamaciones asignadas cumpliendo con los términos indicados por mi líder de segmento Soportes y Consistencia. 1.1.Universo G75N_Soportes y Consistencia. Auditados en su totalidad 283 Reclamaciones.	Se Adjunta carpeta de obligaciones ADRES-CPS-488 2025. Febrero subcarpeta obligación 1,2,3,4,5 y 6	N/A
3.	Apoyar en la elaboración de oficios y demás documentos que se requieran durante el trámite de verificación de las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas.	En el presente mes no fueron asignadas actividades relacionadas con esta actividad por parte del supervisor.	Se Adjunta carpeta de obligaciones ADRES-CPS-488 2025. Febrero subcarpeta obligación 1,2,3,4,5 y 6	N/A
4.	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas	Participé en las Reuniones y/o capacitaciones programadas en la plataforma temas o de manera presencial en las instalaciones de la ADRES, las reuniones son: Reunión Abogados DOP. (Presencial) 27 de febrero de 2025.	Se Adjunta carpeta de obligaciones ADRES-CPS-488 2025. Febrero subcarpeta obligación 1,2,3,4,5 y 6	N/A
5.	Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala identificada en la revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo	No se reportaron,asi mismo no se evidenciaron situaciones de inconsistentes y/o anómalas en el proceso de revisión de las reclamaciones asignadas.	Se Adjunta carpeta de obligaciones ADRES-CPS-488 2025. Febrero subcarpeta	N/A

	observado en su labor de verificación		obligación 1,2,3,4,5 y 6	
6.	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	En el presente mes no fueron asignadas actividades relacionadas con esta actividad por parte del supervisor.	Se Adjunta carpeta de obligaciones ADRES-CPS-488 2025. Febrero subcarpeta obligación 1,2,3,4,5 y 6	N/A

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

Firma del Contratista
Fecha: 20/03/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
37.764.064.	0.	1.101.451,87	0.	36.662.612,13

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de un millón ciento un mil cuatrocientos cincuenta y uno pesos con ochenta y siete centavos mtce ($ 1.101.451,87 MTCE

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	8385072607.	$178,000	01/02/2025	28/02/2025	19/03/2025
Pensión	8385072607.	$227,800	01/02/2025	28/02/2025	19/03/2025
ARL	8385072607.	$7,500	01/02/2025	28/02/2025	19/03/2025

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: 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 Camilo Alberto Alfaro Jimenez el 20/03/2025 a las 12:09:42 COT

CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ.
Supervisor (es)/Interventor (es).

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.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 20/03/2025

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

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DEISY PAOLA MATEUS MATEUS**, identificada con **CC** número **1032368557**, aportó por **DEISY PAOLA MATEUS MATEUS** identificado(a) con **CC** número **1032368557** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 02 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	57	X														0		30	$1,423,500	0.12500	$178,000	$0	$0	Febrero - 2025	8385072607	19/03/2025	NO
230301	Porvenir	57	X														0		30	$1,423,500	0.16000	$227,800	$0	$0	Febrero - 2025	8385072607	19/03/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57	X														0		30	$1,423,500	0.00522	$7,500	$0	$0	Febrero - 2025	8385072607	19/03/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **19** días del mes **Marzo**de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

CIUDAD: Bogotá

FECHA: 20 de marzo de 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: DEISY PAOLA MATEUS MATEUS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.032.368.557

CONTRATO No.: ADRES-CPS-488-2025.

OBJETO: Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago 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; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes. ID-053-DOP.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 24 de febrero de 2025. **HASTA:** 28 de febrero de 2025.

LA SUMA DE: Un millón ciento un mil cuatrocientos cincuenta y uno pesos con ochenta y siete centavos mtce ($ 1.101.451,87 MTCE)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 1 sur N 2 C 17

TELÉFONO: 3102296782



FIRMA
C.C 1.032.368.557

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

Bogotá D.C. 20 de marzo de 2025.

Nombres y Apellidos	No. Identificación
DEISY PAOLA MATEUS MATEUS	1.032.368.557.

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-488-2025.
Fecha de Inicio:24/02/2025 Fecha de Terminación: 23/10/2025
Valor total del Contrato: $37.764.064. Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2025: $1.101.451,87
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	1.034.304.389	ISABELA VARGAS MATEUS	HIJA

(*) 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 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 2025; 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.

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

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.

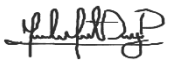
   Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.
   _____
   _____

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

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: 
Cédula de ciudadanía No. 1.032.368.557 de Bogotá
Bogotá D.C., 20 de marzo de 2025.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP **1034304389**

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53095120

5309512O

Datos de la oficina de registro – Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☒ X	01	☐	☐	☐	1001

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA – CUNDINAMARCA – BOGOTA D.C. – NOTARIA PRIMERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS	**MATEUS**

Nombre(s)
ISABELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes OCT Día 10	**FEMENINO**	**A**	**P**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA – CUNDINAMARCA – BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	**1236209-2**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
MATEUS MATEUS DEISY PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCN°1032368557 DE BOGOTA	**COLOMBIANO(A)**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
VARGAS TORRES JOHN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCN°79.428.167 DE BOGOTA	**COLOMBIANO(A)**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
VARGAS TORRES JOHN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CCN°79.428.167 DE BOGOTA	X John Vargas

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
****	

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE BOGOTA
Es fiel Copia Del Original Dada en Bogotá D.C.
Valida para demostrar parentesco.
R.C.
11 NOV 2021
Hoy.
NOTARIA ENCARGADA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes NOV Día 06	Nombre y firma del declarante

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento
X John Vargas Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 29 FOLIO 39

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.657-6 TEL. 430 2110

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.034.304.389**
VARGAS MATEUS

APELLIDOS
ISABELA

NOMBRES
Isabela Vargas

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-OCT-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

04-ENE-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ G S RH
F SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01196183-F-1034304389-20210104 0072993446A 1 8501247430

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141161236508

(415)7707212489984(8020) **000014116123650 8**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 3 6 8 5 5 7	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 2 3 6 8 5 5 7	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MATEUS	MATEUS	DEISY	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 1 SUR 2 C 17

42. Correo electrónico mateusp1986@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 2 9 6 7 8 2	6 0 1 3 0 6 8 4 5 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 4 0 5 0 6						

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

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 MATEUS MATEUS DEISY PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Dra. Ángela Camacho.
Medicina Aeronáutica, Ocupacional y del Viajero
www.medicoaeroespacial.com/Dra-angela-camacho
Villavicencio, Meta Teléfono: +57 3215616178
Draangela@medicoaeroespacial.com

CERTIFICADO MEDICO OCUPACIONAL

FECHA: marzo 24, 2023

TIPO DE EXAMEN: Particular

NOMBRES Y APELLIDOS: Deisy Paola Mateus Mateus
EDAD: 36 Años
TIPO DE DOCUMENTO: Cédula de ciudadanía
N° DOCUMENTO: 1032368557
CARGO: Analista
GENERO: Femenino
EMPRESA: PARTICULAR
CIUDAD: Bogota
DIRECCIÓN: Calle 1 sur N 2 c 17
TELEFONO: 573102296782

AYUDAS DIAGNOSTICAS

Ninguna

SISTEMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

Osteomuscular, psicosocial, visual.

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

De acuerdo al examen ocupacional realizado a Deisy Paola Mateus Mateus
con documento n° 1032368557 en el día marzo 24, 2023
se considera No presenta restricción para desempeñar la ocupación de Analista

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

Paciente en el momento en buenas condiciones generales con examen médico a través de telemedicina con énfasis osteomuscular sin alteraciones de importancia que le impidan realizar su actividad laboral.

De acuerdo con hallazgos clínicos, la trabajadora 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 como el mecánico. La silla que se utilice siempre debe tener respaldo y debe permitir la adecuada postura. Utilizar una adecuada higiene postural y mecánica corporal para la realización de su trabajo. 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
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
8. Uso de lentes de correccion visual 9. Control visual anual

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.

Dra. Ángela Camacho
Medicina Aeronáutica Ocupacional y del Viajero
R.M. 8554 / 2014

FIRMA DEL MEDICO

NOMBRE: Ángela Lorena Camacho Suárez
LICENCIA S.O: 7274 del 07/04/2021
REGISTRO MÉDICO: 8554/2014 - 52968061

FIRMA DEL TRABAJADOR

NOMBRE: Deisy Paola Mateus Mateus
DOCUMENTO: 1032368557