Contrato No.	ADRES- CPS -617- 2021		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Martha Carolina Angulo Posse		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Jhan Piero Campos Cuellar	**Teléfono / Extensión**	Incluir Tel. o Ext.
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales, por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes		
Fecha de Inicio	29/07/2021	**Fecha de Terminación**	31/12/2021

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	29/07/2021	**Hasta**	31/07/2021
Adición y/o Prórroga	NA			
Suspensión	NA			
Cesión	NA			

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, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes, generando conclusiones y resultados respecto al	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A

	cumplimiento de los requisitos previstos para aprobar o negar las solicitudes de reconocimientos radicadas.			
2	Efectuar la revisión y análisis de la aplicación de los criterios de auditoria al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos con el fin de establecer el valor y estado final de cada recobro y/o reclamación, lo anterior con respecto a lo auditado por los analistas del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas..	Se realiza el análisis de las facturas de reingeniería de recobros alternativa técnica en el archivo Excel asignado de la “Bajos montos agosto 2” con un total de 250.	Se adjuntan archivos nombrados: • Pequeños montos agosto2.	N/A
3	Apoyar a la Dirección de Otras Prestaciones en la proyección de conceptos requeridos para soportar técnicamente recomendaciones en el marco del proceso de defensa judicial de la ADRES..	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
4	Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato	Se registran los resultados de las siguientes tareas asignadas en los formatos establecidos: • Bajos montos agosto 2” con un total de 250.	Se envía archivo por medio electrónico	N/A
5	Participar en la estructuración, definición e implementación de los manuales, procesos y procedimientos asociados con la revisión, verificación y auditoria de las cuentas por concepto de recobros y reclamaciones.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A

6	Adelantar las actividades relacionadas con el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, que el supervisor le asigne, en virtud del artículo 7º de la Ley 1949 de 2019 y las que las modifiquen o sustituyan	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
7	Cumplir con las metas de productividad y calidad 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 por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Se cumplen las metas de productividad y calidad en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente de acuerdo a la asignación: • Bajos montos agosto 2" con un total de 250.	No Aplica	N/A
8	Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y reclamaciones que le sean asignadas.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
9	Brindar apoyo a la gestión en las actividades de seguimiento y monitoreo del proceso de recobros y reclamaciones, a través de la validación de la consistencia de la información generada a partir de las fuentes internas y externas.	Se realiza el análisis de las facturas de reingeniería de recobros alternativa técnica en el archivo Excel asignado de la "Bajos montos agosto 2" con un total de 250.	Se adjuntan archivos nombrados: • Pequeños montos agosto 2	N/A
10	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	Se adjunta soporte de capacitaciones y/o reuniones.	N/A
11	Informar oportunamente al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Durante el periodo no evidenciaron situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	No Aplica	N/A

12	Apoyar y brindar los insumos requeridos dentro del procedimiento de reintegro de las solicitudes de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC y de las reclamaciones por atenciones en salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas de que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993..	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
13	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 4/08/2021

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 24.048.690	$0	$310.306	$0	$23.738.384

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de TRESCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS SEIS PESOS ($310.306)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9422188169	$232.800	1/06/2021	30/06/2021	14/07/2021
Pensión	9422188169	$297.900	1/06/2021	30/06/2021	14/07/2021
ARL	9422188169	$9.800	1/06/2021	30/06/2021	14/07/2021

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	NA
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:

JHAN PIERO CAMPOS CUELLAR
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., 4/08/2021

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

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 4/08/2021

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: Martha Carolina Angulo Posse

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☑ **No.** 1,110,460,851

CONTRATO No.: ADRES- CPS -617- 2021

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales, por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 29/07/2021 **HASTA:** 31/07/2021

LA SUMA DE: TRESCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS SEIS PESOS ($310.306)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 15 # 28-20 casa 48 Villas de San Andres

TELÉFONO: 3213750396



FIRMA
C.C 1,110,460,851

Contrato No.	ADRES- CPS -617- 2021		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Martha Carolina Angulo Posse		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Jhan Piero Campos Cuellar	**Teléfono / Extensión**	Incluir Tel. o Ext.
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales, por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes		
Fecha de Inicio	29/07/2021	**Fecha de Terminación**	31/12/2021

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	29/07/2021	**Hasta**	31/07/2021
Adición y/o Prórroga	NA			
Suspensión	NA			
Cesión	NA			

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, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes, generando conclusiones y resultados respecto al	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A

	cumplimiento de los requisitos previstos para aprobar o negar las solicitudes de reconocimientos radicadas.			
2	Efectuar la revisión y análisis de la aplicación de los criterios de auditoria al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como, por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural para acreditar los requisitos previstos con el fin de establecer el valor y estado final de cada recobro y/o reclamación, lo anterior con respecto a lo auditado por los analistas del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas..	Se realiza el análisis de las facturas de reingeniería de recobros alternativa técnica en el archivo Excel asignado de la “Bajos montos agosto 2” con un total de 250.	Se adjuntan archivos nombrados: • Pequeños montos agosto2.	N/A
3	Apoyar a la Dirección de Otras Prestaciones en la proyección de conceptos requeridos para soportar técnicamente recomendaciones en el marco del proceso de defensa judicial de la ADRES..	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
4	Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato	Se registran los resultados de las siguientes tareas asignadas en los formatos establecidos: • Bajos montos agosto 2” con un total de 250.	Se envía archivo por medio electrónico	N/A
5	Participar en la estructuración, definición e implementación de los manuales, procesos y procedimientos asociados con la revisión, verificación y auditoria de las cuentas por concepto de recobros y reclamaciones.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A

6	Adelantar las actividades relacionadas con el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, que el supervisor le asigne, en virtud del artículo 7º de la Ley 1949 de 2019 y las que las modifiquen o sustituyan	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
7	Cumplir con las metas de productividad y calidad 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 por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Se cumplen las metas de productividad y calidad en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente de acuerdo a la asignación: • Bajos montos agosto 2" con un total de 250.	No Aplica	N/A
8	Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y reclamaciones que le sean asignadas.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
9	Brindar apoyo a la gestión en las actividades de seguimiento y monitoreo del proceso de recobros y reclamaciones, a través de la validación de la consistencia de la información generada a partir de las fuentes internas y externas.	Se realiza el análisis de las facturas de reingeniería de recobros alternativa técnica en el archivo Excel asignado de la "Bajos montos agosto 2" con un total de 250.	Se adjuntan archivos nombrados: • Pequeños montos agosto 2	N/A
10	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	Se adjunta soporte de capacitaciones y/o reuniones.	N/A
11	Informar oportunamente al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	Durante el periodo no evidenciaron situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	No Aplica	N/A

12	Apoyar y brindar los insumos requeridos dentro del procedimiento de reintegro de las solicitudes de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC y de las reclamaciones por atenciones en salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas de que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993..	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
13	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 4/08/2021

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 24.048.690	$0	$310.306	$0	$23.738.384

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de TRESCIENTOS DIEZ MIL TRESCIENTOS SEIS PESOS ($310.306)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9422188169	$232.800	1/06/2021	30/06/2021	14/07/2021
Pensión	9422188169	$297.900	1/06/2021	30/06/2021	14/07/2021
ARL	9422188169	$9.800	1/06/2021	30/06/2021	14/07/2021

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	NA
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:

_____

JHAN PIERO CAMPOS CUELLAR
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., 4/08/2021

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

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Martha Carolina Angulo Posse	1.110.460.851

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 8541 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-617-2021

Fecha de Inicio: 29-07-2021 Fecha de Terminación: 31-12-2021
Valor inicial del Contrato: $ 24.048.690
Valor total del contrato: $24.048.690
Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor mensual por concepto de Honorarios: $4.654.585

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.
2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, 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 de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
RC	1034670710	Emmanuel Suarez Angulo	a)

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
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) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos 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 Paulo Giovanny Suarez Núñez identificado (a) con la C.C. No 80.070.854 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 2019; 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 Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

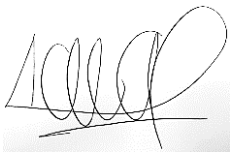
6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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 consigno a Medicina pre-pagada _____ la suma de ($), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____que no supera las 16 UVT mensuales

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,



Firma
Cédula de ciudadanía: 1.110.460.851 de Ibagué
Bogotá D.C 04/08/2021

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110460851		ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CRA 68 N 22A-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1059490843	9422188169	I	2021/07/14	2021/07/14	BANCO DE BOGOTA	0	$577,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,861,834	$297,900			$1,861,834	$232,800			$1,861,834	$37,300			$1,861,834	$9,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,861,834	$297,900			$1,861,834	$232,800			$1,861,834	$37,300			$1,861,834	$9,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,861,834	$297,900			$1,861,834	$232,800			$1,861,834	$37,300			$1,861,834	$9,800		$0	$0
1	CC 1110460851	ANGULO MARTHA	231001	30	$1,861,834	$297,900	EPS037	30	$1,861,834	$232,800	CCF24	30	$1,861,834	$37,300	14-23	30	$1,861,834	$9,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,861,834	$297,900			$1,861,834	$232,800			$1,861,834	$37,300			$1,861,834	$9,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110460851		ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CRA 68 N 22A-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1059490843	9422188169	I	2021/07/14	2021/07/14	BANCO DE BOGOTA	0	$577,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$297,900	$0	$0	$297,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$297,900	$0	$0	$297,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,800	$0	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,800	$0	$0	$9,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,300	$0	$0	$37,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$37,300	$0	$0	$37,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$232,800	$0	$0	$232,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$232,800	$0	$0	$232,800
TOTAL				1	$577,800	$0	$0	$577,800

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Martha Carolina Angulo Posse	1.110.460.851

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 8541 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-617-2021

Fecha de Inicio: 29-07-2021 Fecha de Terminación: 31-12-2021
Valor inicial del Contrato: $ 24.048.690
Valor total del contrato: $24.048.690
Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor mensual por concepto de Honorarios: $4.654.585

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.
2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, 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 de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)
RC	1034670710	Emmanuel Suarez Angulo	a)

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
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) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos 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 Paulo Giovanny Suarez Núñez identificado (a) con la C.C. No 80.070.854 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 2019; 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 Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2021

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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

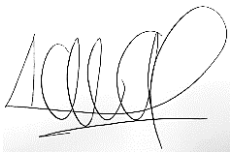
6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de ($), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, 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 consigno a Medicina pre-pagada _____ la suma de ($), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____que no supera las 16 UVT mensuales

8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (Anexar planilla de liquidación según Artículo 56 del Estatuto Tributario)

Atentamente,



Firma
Cédula de ciudadanía: 1.110.460.851 de Ibagué
Bogotá D.C 04/08/2021

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110460851		ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CRA 68 N 22A-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1059490843	9422188169	I	2021/07/14	2021/07/14	BANCO DE BOGOTA	0	$577,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,861,834	$297,900			$1,861,834	$232,800			$1,861,834	$37,300			$1,861,834	$9,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,861,834	$297,900			$1,861,834	$232,800			$1,861,834	$37,300			$1,861,834	$9,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,861,834	$297,900			$1,861,834	$232,800			$1,861,834	$37,300			$1,861,834	$9,800		$0	$0
1	CC 1110460851	ANGULO MARTHA	231001	30	$1,861,834	$297,900	EPS037	30	$1,861,834	$232,800	CCF24	30	$1,861,834	$37,300	14-23	30	$1,861,834	$9,800	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,861,834	$297,900			$1,861,834	$232,800			$1,861,834	$37,300			$1,861,834	$9,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110460851		ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	AV CRA 68 N 22A-30	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2021-06	2021-06	1059490843	9422188169	I	2021/07/14	2021/07/14	BANCO DE BOGOTA	0	$577,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$297,900	$0	$0	$297,900
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$297,900	$0	$0	$297,900
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$9,800	$0	$0	$9,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$9,800	$0	$0	$9,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,300	$0	$0	$37,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$37,300	$0	$0	$37,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$232,800	$0	$0	$232,800
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$232,800	$0	$0	$232,800
TOTAL				1	$577,800	$0	$0	$577,800

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1034670710

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55269030

55269030

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 49 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A Z F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SUAREZ	ANGULO

Nombre(s): EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2018 Mes SEP Día 23	MASCULINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14971869-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 1110460851 de IBAGUE	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: SUAREZ NUÑEZ PAULO GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 80070854 de BOGOTA D C	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SUAREZ NUÑEZ PAULO GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 80070854 de BOGOTA D C	X

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
No. 0 de 0	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
No. 0 de 0	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2018 Mes OCT Día 04	JESUS GERMAN RUSINQUE FORERO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
----------	----------
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

Notaría 49 JESUS GERMAN RUSINQUE FORERO NOTARIO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A.

Escaneado con CamScanner