Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

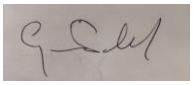
Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.	**0141-2021**													
2	Nombre del Contratista	**GERMAN PALMA HERNANDEZ**													
3	Identificación	CC	**X**	CE				**19.180.892**							
4	Responsable de impuesto a las ventas								SI		NO	**X**	REGIMEN SIMPLE		
5	Residente en el país (Extranjeros)										SI		NO		
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)										SI		NO	**X**	
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2020, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2020), equivalentes a $49,849,800										SI		NO	**X**	
8	Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el **MES ANTERIOR** provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.														
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**120.000,00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $			**SIN AFP**				
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**23.400,00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente							
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual														
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $							
10	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2020). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo										SI		NO	**X**	
11	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2020). v/r maximo deduccion mensual $569,712										SI		NO	**X**	
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.														
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo										SI		NO	**X**	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo										SI		NO	**X**	
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**	
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**	
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo										SI		NO	**X**	
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.										SI		NO	**X**	
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:												%		

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.



FIRMA

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **30** MM **10** AA **2021**

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2021-10-07, 09:17:59 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1040904263

Periodo Cotización: septiembre de 2021 **Periodo Servicio:** septiembre de 2021 **Referencia pago (PIN):** 8865153400

PAGADO 07/10/2021

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	GERMAN PALMA HERNANDEZ		
Documento	CC19180892	**Dirección**	CR 26 #8 - 69
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134914801
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.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	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 19180892	GERMAN PALMA HERNANDEZ	59	04																	0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 960.000	$ 120.000	2.436	$ 960.000	$ 23.400	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 143.400

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
$ 0	$ 960.000	$ 960.000	$ 0	$ 0	$ 120.000	$ 23.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 143.400	$ 0	$ 143.400

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 66 69 - Bucaramanga: 643 80 00 - Cartagena: 694 54 44 - Pereira: 340 25 82 - Barranquilla: 361 88 50 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

SEGURO SOCIAL
Para Siempre

Resolución No. 111634 del 20120712

Por medio de la cual se resuelve una solicitud de prestaciones económicas en el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida del Sistema General de Pensiones

El GERENTE II CENTRO ATENCION PENSIONES de la Seccional CUNDINAMARCA del Seguro Social

En uso de sus facultades estatutarias y

CONSIDERANDO:

Que el **06 de Marzo de 2012**, se presentó a reclamar pensión de vejez el (la) señor(a) **GERMAN PALMA HERNANDEZ**, identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** No. **19.180.892**, números de afiliación **919180892** de la Seccional CUNDINAMARCA, por considerar cumplidos los requisitos legales para acceder a ella, teniendo como último empleador a **EL MUNDO DE LOS FILTROS LTDA**, NIT N o. **860530842**. Así mismo, en el evento de no tener derecho a la pensión de vejez, solicita se le reconozca la indemnizacion sustitutiva de la misma.

Que en efecto de resolver la solicitud presentada, se procede a estudiar los documentos obrantes en el expediente y las normas aplicables, encontrando:

Que el artículo 36 de la Ley 100 de 1993, establece el Régimen de Transición para las personas que a la fecha de entrada en vigencia de la Ley en mención acrediten 35 o más años de edad en el caso de las mujeres y 40 o más años de edad en el caso de los hombres, o más de 15 años de servicio, permitiendo aplicar la edad para pensionarse, el número de semanas o tiempo cotizado y el monto pensional del régimen anterior al que venía afiliados, el cual para el caso en cuestión se trata del artículo 12 del Acuerdo 049 de 1990, aprobado por el Decreto 758 del mismo año, que exige para acceder a la pensión de vejez acreditar 55 o más años de edad en el caso de las mujeres o 60 o más años de edad en el caso de los hombres y un mínimo de 500 semanas cotizadas al Seguro Social en los 20 años anteriores al cumplimiento de la edad o un total de 1000 semanas cotizadas en cualquier tiempo.

Que según los documentos obrantes en el expediente, el (la) asegurado(a) nació el **13 de Septiembre de 1951**, concluyendo que acredita la edad necesaria para acceder a la prestación solicitada.

Que revisados los reportes de semanas cotizadas por el (la) asegurado(a) a través de los Sistemas de Facturación y Autoliquidación de Aportes, expedidos por las Gerencias Nacionales de Historia Laboral y Nómina de Pensionados de la Vicepresidencia de Pensiones y de Recaudo y Cartera de la Vicepresidencia Financiera del Instituto de Seguros Sociales, luego de efectuar la imputación de pagos prevista en el artículo 29 del Decreto 1818 de 1996, modificado por los artículos 53 del Decreto 1406 de 1999 y 9 del Decreto 510 de 2003, se establece que el (la) asegurado(a) cotizó a este Instituto en forma interrumpida un total de **390** semanas, desde su ingreso el **16 de Agosto de 1978** hasta el **30 de Octubre de 2000**, de las cuales **0** semanas se cotizaron en los últimos 20 años anteriores al cumplimiento de la edad.

Que de conformidad con lo anteriormente expuesto, se procederá a negar la pensión de vejez solicitada, por cuanto no se a creditan los requisitos para acceder a la misma; sin embargo, se procederá a estudiar la solicitud de indemnización sustitutiva de la pensión de vejez presentada subsidiariamente.

Que el artículo 37 de la Ley 100 de 1993 establece que los asegurados que acrediten haber cumplido la edad mínima para acceder a la pensión de vejez, sin que hubieren cotizado el mínimo de semanas para acceder a dicha prestación, y declaren su imposibilidad de continuar cotizando, accederán a la indemnización sustitutiva de la misma.

Que en el expediente obra escrito mediante el cual el (la) asegurado(a) manifiesta su imposibilidad para continuar cotizando al Sistema de Pensiones, razón por la que solicita se le conceda la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez prevista en el artículo 37 de la Ley 100 de 1993.

Que de conformidad con lo anteriormente expuesto, se procederá a conceder indemnización sustitutiva de la pensión de vejez al (la) señor(a) **GERMAN PALMA HERNANDEZ**, por cuanto acreditó los requisitos para acceder a ella, la cual será liquidada de conformidad con lo dispuesto en los artículos 37 de la Ley 100 de 1993 y 3 del Decreto 1730 de 2001.

Que teniendo en cuenta que el(la) asegurado(a) ha declarado su imposibilidad de continuar cotizando con el ánimo de solicitar la indemnización sustitutiva de la pensión de vejez, el(la) solicitante no podrá continuar cotizando al Sistema General de Pensiones después del reconocimiento de la prestación y en caso que se efectúen cotizaciones, las mismas serán objeto de Devolución de Aportes.

SEGURO SOCIAL
Para Siempre

VICEPRESIDENCIA DE PENSIONES

CAP: CHILE

En Bogotá a los 24, días del mes de Septiembre de 201 2
Se presento el señor(a) palma Hernandez German
Identificado con la CC X C E ___ No 19180892 En Calidad de interesado X Apoderado ___
(Según poder adjunto autenticado ante la Notaría No. _____ del circuito de _____) Con el fin de notificarse de la Resolución No. 111634 de fecha 2012 07 19
mediante la cual se Concede interpelación

Enterado (a) de su contenido, se le informa que contra la presente PROCEDEN los recursos de REPOSICION y en en subsidio de APELACION los cuales deben ser interpuestos dentro de los CINCO (5) días hábiles siguientes a la notificación en cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 44 y ss. Del C.C.A.

Para constancia de lo anterior, se suscribe por las personas que intervinieron en la diligencia.
Renuncio a los términos legales para interponer recursos, Si _____ No X

HUELLA

HUELLA

EL NOTIFICADO
CC 19180892 Bta

EL NOTIFICADOR
CC. 70.618.681

SEGURO SOCIAL
Para Siempre

VICEPRESIDENCIA DE PENSIONES

CAP: CHILE

En _____. a los____ días del mes de _____ de 201___ me permito certificar la firmeza del presente acto administrativo a partir del día ___ del mes de _____ de 201 ____ el cual queda debidamente ejecutoriado, siendo notificado personalmente _____ el día _____ del mes de _____ de 201 ___ , por Edicto _____ fijado el día ____ del mes de _____ de 201 ____ desfijado el día _____ del mes de _____ del año 201____ .

Responsable CAP _____

Que en consecuencia,

RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: Negar pensión de vejez al (la) señor(a) **GERMAN PALMA HERNANDEZ**, identificado(a) con **CEDULA DE CIUDADANIA** No. **19.180.892**, de conformidad con las razones expuestas en la parte motiva de la presente providencia.

Conceder indemnización sustitutiva de la pensión de vejez al (la) señor(a) **GERMAN PALMA HERNANDEZ**, identificado(a) con la **CEDULA DE CIUDADANIA** No. **19.180.892**, en cuantía única de **$4,664,894**, la cual será incluida en la nómina del mes **Julio de 2012**, que será pagada en el siguiente mes, a través de **BOGOTA LA ESMERALDA-BANCO BBVA CENTRAL PAGOS**.

La prestación aqui reconocida se liquidó con base en **390** semanas, sobre un Ingreso Base de Liquidación de **$678,053**.

ARTICULO SEGUNDO: Notificar el contenido de la presente resolución al (la) señor(a) **GERMAN PALMA HERNANDEZ**, de conformidad con lo dispuesto en los artículos 44 y siguientes del Código Contencioso Administrativo, haciéndole saber que contra la misma proceden los recursos de reposición, ante el mismo funcionario que la expide, y subsidiario de apelación, ante su superior, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes a la fecha de la notificación.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

Dada en **Bogota D.C.** EL 20120712

SEGURO SOCIAL
DEPARTAMENTO
AL PENSIONADO
JEFATURA

LUIS GABRIEL ARBELAEZ MARIN

GERENTE II CENTRO ATENCION PENSIONES

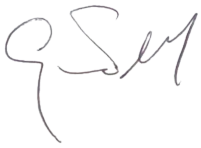
ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	19180892
NOMBRES	GERMAN
APELLIDOS	PALMA HERNANDEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.



GERMAN PALMA HERNANDEZ
CC 19.180.892

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/05/2012	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/08/2021 12:13:30	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.