Contrato No.	ADRES- CPS -109- 2023		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Martha Carolina Angulo Posse		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Paola Andrea Cespedes Forero	**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 para las actividades relacionadas con la ejecución del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo según lo dispuesto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y el Decreto 521 de 2020, así como las demás normas que los modifiquen o sustituyan.		
Fecha de Inicio	25/01/2023	**Fecha de Terminación**	24/05/2023

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	25/01/2023	**Hasta**	31/01/2023
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	NA			
Cesión	NA			

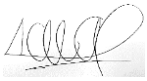
INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Apoyar en la emisión de insumos y demás documentos que se requieran para la planeación y desarrollo del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC	Se realizo base de combinación, tabla dinámica y trazasa de 14 procesos jurídicos del sublote 5 del primer lote de 685 procesos jurídicos. .	Archivo Obligacion 1	N/A
2	Elaborar los documentos que se suscriban para el desarrollo del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A

	salud no financiados con cargo a la UPC.			
3	Apoyar en la revisión de la consistencia de la información que se disponga para la elaboración de los acuerdos de pago, contratos de transacción, actas, certificados, actos administrativos y demás documentos que sean necesarios en el trámite del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas que sean presentadas ante la ADRES.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
4	Elaborar la documentación y archivos que sean presentados ante el Comité de Conciliación u otras áreas de la ADRES, entidades privadas y públicas durante el proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
5	Elaborar las respuestas a las observaciones que realicen los distintos actores que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud durante el trámite de verificación, reconocimiento y pago de las cuentas que son presentadas en el marco del proceso de saneamiento definitivo.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
6	Elaborar las respuestas a las consultas y peticiones presentadas por actores que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud y de los entes de inspección, vigilancia, control e investigación que estén relacionadas con el saneamiento definitivo previsto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A
7	Dar respuesta a los requerimientos internos y demás reportes sobre el avance del proceso de saneamiento definitivo de las	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación	No Aplica	N/A

	cuentas de los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC.			
8	Participar en las reuniones o mesas de trabajo que se adelanten durante el trámite de las cuentas de recobro de servicios y tecnologías de salud no financiados con la UPC que hayan sido presentados en el proceso de saneamiento definitivo.	Se participo en las siguientes reuniones: 1. Enero 31 8:30am Presentación cuenta de cobro enero.	Archivo Obligacion 8	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 1/02/2023

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 20.731.148	$0	$1.036.557	$0	$ 19.694.591

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de UN MILLON TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS ($1.036.557)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9446920446 9447273156	$29.000 $116.000	25/01/2023 01/01/2023	31/01/2023 24/01/2023	16/02/2023 28/02/2023
Pensión	9446920446 9447273156	$37.200 $148.400	25/01/2023 01/01/2023	31/01/2023 24/01/2023	16/02/2023 28/02/2023
ARL	9446920446 9447273156	$1.300 $4.800	25/01/2023 01/01/2023	31/01/2023 24/01/2023	16/02/2023 28/02/2023

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.

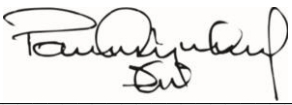
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

OBSERVACIONES	
ANEXOS	1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad. 3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido). 4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común. a. Si el contratista está obligado a facturar electrónicamente, deberá presentar la factura electrónica validada previamente por la DIAN, como requisito necesario para el pago de los bienes y/o servicios contratados, conforme con las disposiciones señaladas en el Decreto 358 del 5 de marzo de 2020, en concordancia, con lo dispuesto en la Resolución No. 000042 del 5 de mayo de 2020 5. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.

En constancia, firmo:



PAOLA ANDREA CESPEDES FORERO
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., 1/02/2023

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

CIUDAD: Funza

FECHA: 1/02/2023

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-109 de 2023

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES para las actividades relacionadas con la ejecución del proceso de saneamiento definitivo de las cuentas de recobro relacionadas con los servicios y tecnologías de salud no financiados con cargo a la UPC del régimen contributivo según lo dispuesto en el artículo 237 de la Ley 1955 de 2019 y el Decreto 521 de 2020, así como las demás normas que los modifiquen o sustituyan.

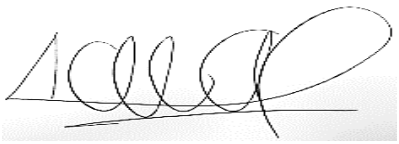
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 25/01/2023 **HASTA:** 31/01/2023

LA SUMA DE: UN MILLON TREINTA Y SEIS MIL QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE PESOS ($1.036.557)

POR CONCEPTO DE HONORORIOS

DIRECCIÓN: Calle 17A # 7B-57

TELÉFONO: 3213750396



FIRMA
C.C. 1,110,460,851

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	calle 15 #28-20	FUNZA-CUNDINAMARCA	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1000000704	9446920446	I	2023/02/13	2023/02/16	BANCO BOGOTA	3	$72,800

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)					$232,000	$37,200			$232,000	$29,000			$232,000	$4,700			$232,000	$1,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$232,000	$37,200			$232,000	$29,000			$232,000	$4,700			$232,000	$1,300		$0	$0
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					$232,000	$37,200			$232,000	$29,000			$232,000	$4,700			$232,000	$1,300		$0	$0
1	CC 1110460851	ANGULO MARTHA	231001	6	$232,000	$37,200	EPS037	6	$232,000	$29,000	CCF24	6	$232,000	$4,700	14-23	6	$232,000	$1,300	6	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$232,000	$37,200			$232,000	$29,000			$232,000	$4,700			$232,000	$1,300		$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	calle 15 #28-20	FUNZA-CUNDINAMARCA	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1000000704	9446920446	I	2023/02/13	2023/02/16	BANCO BOGOTA	3	$72,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$37,200	$200	$0	$37,400
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$37,200	$200	$0	$37,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,300	$100	$0	$1,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$1,300	$100	$0	$1,400
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,700	$100	$0	$4,800
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$4,700	$100	$0	$4,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$29,000	$200	$0	$29,200
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$29,000	$200	$0	$29,200
TOTAL				1	$72,200	$600	$0	$72,800

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	calle 15 #28-20	FUNZA-CUNDINAMARCA	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1939954594	9447273156	N	2023/02/13	2023/02/28	NEQUI	15	$293,000

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)						$928,000	$148,400			$928,000	$116,000			$928,000	$18,500			$928,000	$4,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$928,000	$148,400			$928,000	$116,000			$928,000	$18,500			$928,000	$4,800		$0	$0
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)						$928,000	$148,400			$928,000	$116,000			$928,000	$18,500			$928,000	$4,800		$0	$0
1	CC	1110460851	ANGULO MARTHA	231001	6	($232,000)	($37,200)	EPS037	6	($232,000)	($29,000)	CCF24	6	($232,000)	($4,700)	14-23	6	($232,000)	($1,300)	6	$0	$0
2	CC	1110460851	ANGULO MARTHA	231001	30	$1,160,000	$185,600	EPS037	30	$1,160,000	$145,000	CCF24	30	$1,160,000	$23,200	14-23	30	$1,160,000	$6,100	30	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$928,000	$148,400			$928,000	$116,000			$928,000	$18,500			$928,000	$4,800		$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	calle 15 #28-20	FUNZA-CUNDINAMARCA	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-01	2023-01	1939954594	9447273156	N	2023/02/13	2023/02/28	NEQUI	15	$293,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$148,400	$2,700	$0	$151,100
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$148,400	$2,700	$0	$151,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$4,800	$100	$0	$4,900
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$4,800	$100	$0	$4,900
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,500	$400	$0	$18,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$18,500	$400	$0	$18,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$116,000	$2,100	$0	$118,100
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$116,000	$2,100	$0	$118,100
TOTAL				1	$287,700	$5,300	$0	$293,000

ACCION Y GESTION AYG SALUD OCUPACIONAL SAS
NIT 900589609-8

Certificado de Aptitud Laboral
Ingreso



Fecha: 01/Ago/2020, **Hora:** 02:42:46 p.m.
Apellido: ANGULO POSSE **Nombre:** MARTHA CAROLINA
Tipo Doc: CC **Nro Identidad:** 1110460851
Empresa: Particular
Cargo: CONTRATISTA
Lugar:
Direccion: CLL 15 NÂº 28-20 VILLAS DE SAN ANDRES
Telefono: **Celular:** 3213750396 **Email:** **Estado Civil:** Casado
Ciudad: Cundinamarca - Funza
Peso: 92 Kg **Estatura:** 1.62 M **IMC:** 35.0 **Escolaridad:** Universitario **Jornada Laboral:** Diurno
EPS: NUEVA EPS **ARL:** COLMENA **AFP:** COLFONDOS

HC: # 25585
Edad: 33 años
Sexo: Femenino ♀
Nacim: 01/Ene/1987
Rh: O+

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional con enfasis osteomuscular, Osteomuscular

Recomendaciones Especificas

S.V.E.

Estilo de Vida Saludable

* Dieta para controlar peso (baja en harinas, grasas y rica en verduras y frutas) alimentación por horarios
* Estilo De Vida Saludable
* Énfasis en Actividad Física regular

Medicas

* uso de anteojos permanentes
* Valoración por nutrición y dietetica en EPS.

Laborales

* Dotación y uso de EPP. Seguir normas de SG/SST. Pausas activas e higiene postural como lo indique la empresa
* Se recomienda el uso de tapabocas permanente, uso de guantes y lavado de manos constantemente.

Concepto

Apto sin patología aparente.

Consentimiento Informado

Para dar cumplimiento a la resolución 2346 de 2007 emanada del ministerio de protección social, el trabajador; cuyos datos firma y constan en este documento, presta su consentimiento para someterse a las pruebas médicas y complementarias necesarias para valorar su aptitud laboral, conforme a los riesgos en su puesto de trabajo, y a que el contenido y resultado de las mismas esté a dispocisión del personal encargado de la vigilancia de salud de su empresa

Los hallazgos fueron consignados en historia clinica ocupacional que desarrolla los contenidos establecidos en la resolución 2346 de 2007

OSCAR JAIR OSPINA ORTIZ
MEDICO
Lic. de S.O #: 11200/10
Registro #: 11200

Salud Ocupacional IPS Nit. 900.589.609-8

MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE
CC 1110460851

Huella Digital

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

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

Bogotá D.C., 01 de febrero de 2023

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:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 8211, Tarifa ICA 9.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-109-2023
Fecha de Inicio: 25/01/2023 Fecha de Terminación: 24/05/2023
Valor total del Contrato: $20.731.148 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2023: $ 5.182.787

1. 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	Hijo

(*) 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.

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2023

2. Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge _____ identificado (a) con la C.C. No_____ 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 2023; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

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 consigné a Medicina pre-pagada, 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)

Atentamente,



Firma:
Martha Carolina Angulo Posse
Cédula de ciudadanía No. : 1.110.460.851
Bogotá D.C., 01 de febrero de 2023