CIUDAD: BOGOTÁ D.C.
FECHA: 1/03/2024

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: YULY PAOLA PRIETO RODRÍGUEZ

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.071.331.002

CONTRATO No.: ADRES-CPS-232-2024

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la elaboración de informes y análisis sobre las cuentas inmersas en procesos judiciales requeridos por la Oficina Asesora Jurídica y que han sido presentadas por 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 la generación de informes sobre hallazgos y elaboración del concepto referentes a la verificación y validación de las causales incluidas en los procesos de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

PERIODO COMPRENDIDO

DESDE: 01 de febrero de 2024 **HASTA:** 29 de febrero de 2024

LA SUMA DE: seis millones quinientos treinta mil trecientos doce pesos ($6.530.312) M/CTE

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 56 # 151 - 52

TELÉFONO: (301) 555-9128



FIRMA
Yuly Paola Prieto Rodríguez
C.C. 1.071.331.002

Contrato No.	ADRES-CPS-232-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	YULY PAOLA PRIETO RODRÍGUEZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MAURICIO PÁEZ VILLALBA	**Teléfono / Extensión**	1868
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la elaboración de informes y análisis sobre las cuentas inmersas en procesos judiciales requeridos por la Oficina Asesora Jurídica y que han sido presentadas por 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 la generación de informes sobre hallazgos y elaboración del concepto referentes a la verificación y validación de las causales incluidas en los procesos de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.		
Fecha de Inicio	30/01/2024	**Fecha de Terminación**	31/08/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	01 de Febrero de 2024	**Hasta**	29 de Febrero de 2024
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	Elaborar informes sobre los criterios técnicos por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural inmersos en procesos judiciales.	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica para el período evaluado	Ninguna para el período evaluado.
2	Realizar acompañamiento, transferencia de conocimientos unificando criterios	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica para el período evaluado	Ninguna para el período evaluado.

	a los auditores y analistas del grupo de Conceptos Técnicos, en la Coordinación de Gestión de Reconocimientos y la Coordinación de GIVRA de la Dirección de Otras Prestaciones, así como la Oficina Asesora Jurídica.				
3	Realizar conceptos sobre los criterios técnicos por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural incluidos procesos de reintegro de recursos por presuntas apropiaciones o reconocimientos sin justa causa.	Se realizó conceptos sobre los criterios técnicos por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos procesos: 1. Reintegro de recursos (Nueva EPS_20231600242251), con 729 ítems.	Adjunto Archivo xlsx. Cumplimiento de Obligaciones_3_4_6_7_8	Ninguna para el período evaluado.	
4	Determinar los hallazgos por la posible apropiación o reconocimientos sin justa causa sobre los criterios técnicos por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural.	Se realizó conceptos sobre los criterios técnicos por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos: 1. Reintegro de recursos (Nueva EPS_20231600242251), con 729 ítems.	Adjunto Archivo xlsx. Cumplimiento de Obligaciones_3_4_6_7_8 .	Ninguna para el período evaluado.	

5	Apoyar en la elaboración de las respuestas a las peticiónes, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección.	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica para el período evaluado	Ninguna para el período evaluado.
6	Realizar la revisión, verificación de las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por servicios y tecnologías no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes.	Se efectúa la revisión y verificación de las cuentas por servicios y tecnologías no financiados con la UPC. Reintegro de recursos (Nueva EPS_20231600242251), con 729 ítems.	Adjunto Archivo xlsx. Cumplimiento de Obligaciones_3_4_6_7_8	Ninguna para el período evaluado.
7	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	Se registró en los formatos de los procesos: Reintegro de recursos (Nueva EPS_20231600242251), con 729 ítems.	No aplica para el período evaluado.	Ninguna para el período evaluado.
8	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad en el proceso de la	Se cumplió y se reportó las metas de productividad y calidad de los procesos.	Adjunto Archivo xlsx. Cumplimiento de	Ninguna para el período evaluado.

	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.	1. Reintegro de recursos (Nueva EPS_20231600242251), con 729 ítems.	Obligaciones_3_4_6_7_8	
9	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se Participó activamente en las capacitaciones, reuniones programadas. 1 Inducción Segmento Apoyo Técnico OAJ - 8 de Febrero de 2024 2 Conclusiones, sugerencias y preguntas respecto al Dictamen Pericial y otros documentos - 14 de Febrero de 2024 3 Capacitación PBS- 15 de Febrero de 2024 4 Conceptos Técnicos GIVAC – DOP – 19 de Febrero de 2024 5 Reparto Dictamen Pericial Piloto - Análisis por Tecnologías y justificación simples – DOP – 20 de Febrero de 2024 6 Reparto Dictamen Pericial Piloto - Análisis por Tecnologías y justificación simples – DOP – 20 de Febrero de 2024	No aplica para el período evaluado.	Ninguna para el período evaluado.
10	Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica para el período evaluado.	Ninguna para el período evaluado.
11	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones	En el periodo evaluado no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.	No aplica para el período evaluado.	Ninguna para el período evaluado.

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



Firma del Contratista
YULY PAOLA PRIETO RODRÍGUEZ
Fecha: 01 de Marzo de 2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor Por Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP 52.242.496	COP 217.677	COP 6.530.312	COP 0	COP 45.494.507

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de seis millones quinientos treinta mil trecientos doce pesos M/C ($ 6.530.312)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	74939230	$326.700	01/02/2024	29/02/2024	22/02/2024
Pensión	74939230	$ 418.100	01/02/2024	29/02/2024	22/02/2024
ARL	74939230	$13.700	01/02/2024	29/02/2024	22/02/2024

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	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información
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:

MAURICIO PÁEZ VILLALBA

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectué la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 01 de Marzo de 2024

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1071331002	YULY PAOLA PRIETO RODRIGUEZ	cra 12 f # 31a sur 71	4794468	paolaprieto5@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	22/02/2024	74939230	$810.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	326.700	0		0		0	0	0	0	326.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	418.100	0	0	0	0	0	0		418.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	13.700				13.700	0	0	13.700			137	13.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	52.300	0	0	52.300	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	326.700	326.700
Pensión	1	418.100	418.100
Riesgos Laborales	1	13.700	13.700
CCF	1	52.300	52.300
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	810.800	810.800

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1071331002	YULY PAOLA PRIETO RODRIGUEZ		cra 12 f # 31a sur 71	4794468	paolaprieto5@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-02	2024-02	I	22/02/2024	74939230	$810.800	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1071331002	PRIETO RODRIGUEZ YULY PAOLA	59	0			N																	230301	2.613.000	418.100	0	0	0	0	EPS010	2.613.000	326.700	14-23	2.613.000	1	13.700	CCF22	2.613.000	52.300	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

Bogotá D.C., 01 de Marzo de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Yuly Paola Prieto Rodríguez	1071331002

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 6910, Tarifa ICA 8,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-232-2024
Fecha de Inicio: 30/01/2024 Fecha de Terminación: 31/08/2024
Valor total del Contrato: $52.242.496 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: $6.530.312

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2024 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 (*)

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
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.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

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 N/A identificado (a) con la C.C. No. N/A 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_____N/A_____de_____N/A_____, según certificación del año gravable 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 artículo 387 del estatuto tributario nacional, párrafo 1, hasta 100 uvt mensuales.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____N/A_____del Banco _____N/A_____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($), de la cual anexo la certificación bancaria. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente en el documento equivalente anexo al desembolso en mención, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-4 del Estatuto Tributario, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____N/A_____ la suma de ($ N/A), 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

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2024

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 No.1071331002 de Sesquilé
Bogotá D.C., 01/03/2024