

|                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                         |         |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
|  <b>ADRES</b><br><small>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA<br/>GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small> | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                                                 | CÓDIGO  | GCON-FR01 |
|                                                                                                                                                                                                      | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 02        |
|                                                                                                                                                                                                      |         |                                                                         | FECHA   | 29/11/19  |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |            |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------------|
| Contrato No.                                   | ADRES- CPS -155-2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |            |
| Nombre del Contratista y/o Representante Legal | INDIRA VANESSA ECHAVEZ MARTINEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |            |
| Nombre del Supervisor y/o Interventor          | PAOLA ANDREA CÉSPEDES FORERO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Teléfono / Extensión |            |
| Dependencia                                    | Dirección de Otras Prestaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                      |            |
| Objeto del Contrato                            | Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan, así como apoyar a la Dirección en las actividades que se deriven del proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre cierre y cierre de los paquetes. |                      |            |
| Fecha de Inicio                                | 24/03/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Fecha de Terminación | 23/07/2020 |

|                                    |       |           |       |            |
|------------------------------------|-------|-----------|-------|------------|
| Periodo del Informe de Actividades | Desde | 1/04/2020 | Hasta | 30/04/2020 |
| 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                                                            | Analizar las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas junto con los respectivos soportes.                                                                      | Se realizó análisis correspondiente a 99 reclamaciones de personas naturales asignadas, reportados en el siguiente archivo:<br><br>1. Soporte de reclamaciones revisadas- Abril | Se anexa soportes de archivos en Excel en la carpeta denominada "obligación 1, 2 y 3" | N/A                                                                                           |
| 2                                                            | Llevar a cabo la verificación de los soportes requeridos para la presentación de los documentos aportados por el reclamante y emitir observaciones a las causales de objeción | Se llevó a cabo la verificación correspondiente a 99 reclamaciones de personas naturales asignadas, reportados en el siguiente archivo:<br><br>1. Soporte de                    | Se anexa soportes de archivos en Excel en la carpeta denominada "obligación 1, 2 y 3" | N/A                                                                                           |

|                                                                                   |         |                                                                         |         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
|  | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                                                 | CÓDIGO  | GCON-FR01 |
|                                                                                   | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 02        |
|                                                                                   |         |                                                                         | FECHA   | 29/11/19  |

|   |                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                       |     |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
|   | aplicables por este concepto cuando haya lugar.                                                                                                                                                                                               | reclamaciones revisadas- Abril                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                       |     |
| 3 | Registrar los resultados de las tareas adelantadas, en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato                                             | Se realizó el registro en los formatos establecidos correspondiente a las 99 reclamaciones de personas naturales asignadas, reportados en el siguiente archivo:<br><br>1. Soporte de reclamaciones revisadas- Abril                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Se anexa soportes de archivos en Excel en la carpeta denominada "obligación 1, 2 y 3"                 | N/A |
| 4 | 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. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación | N/A |
| 5 | Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y reclamaciones y/o cuentas que le sean asignadas                                                         | Se realizó el alistamiento de 43 certificaciones bancarias de las reclamaciones de personas naturales asignadas.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Se anexa soporte de archivos en PDF en la carpeta denominada "obligación 5"                           | N/A |
| 6 | 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         | 1. Se brindó apoyo a través de validación de la consistencia de los soportes de 364 facturas correspondientes a la muestra del mes de marzo de 2020 con ocasión de la alternativa técnica implementada a través de la resolución 41656 de 2019. Archivo Facturas hojas:<br>"Distribución_Analisis_Muestra_18-25Mar-facturas"<br>"Distribución_Analisis_Muestra_26-31Mar-facturas"<br>2. Se brindó apoyo a través de validación de consistencia de soportes de 472 facturas. Archivo Facturas, hoja: "Captura_recobros" | Se anexa soportes de archivos en Excel en la carpeta denominada "obligación 6"                        | N/A |

|                                                                                   |         |                                                                         |         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
|  | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                                                 | CÓDIGO  | GCON-FR01 |
|                                                                                   | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 02        |
|                                                                                   |         |                                                                         | FECHA   | 29/11/19  |

|   |                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                        |     |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 7 | Emitir las observaciones y/o recomendaciones a que haya lugar relacionadas con los criterios de auditoría y su aplicación en las cuentas de reclamaciones y/o recobros asignados, las cuales deberán estar sustentadas técnica y jurídicamente. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A |
| 8 | Efectuar la revisión de calidad de la auditoría de los recobros y reclamaciones, según sea requerido.                                                                                                                                           | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A |
| 9 | Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.                                                                                                             | <p>El día 17 de Abril se asistió a reunión a cargo de la jefe Mayra Perez, capacitación auditoria.</p> <p>El día 22 de Abril se asistió a capacitación a cargo de Jhan Campos, para diligenciamiento de matriz recobros.</p> <p>El día 28 de Abril se asistió a reunión a cargo de la jefe Yohanna Cardona, capacitación para asignación y proceso de auditoria Furtran.</p> <p>El día 29 de Abril se asistió a reunión a cargo de Leidy Luis, capacitación diligenciamiento cuenta de cobro- informe de cumplimiento.</p> | Se anexa soportes de archivos en carpeta denominada "obligación 9"                                     | N/A |

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

INDIRA VANESSA ECHAVEZ MARTINEZ

Firma del Contratista

Fecha: 1/05/2020

BALANCE ECONÓMICO

|                                                                                   |         |                                                                         |         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
|  | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                                                 | CÓDIGO  | GCON-FR01 |
|                                                                                   | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 02        |
|                                                                                   |         |                                                                         | FECHA   | 29/11/19  |

| Valor Total Contrato<br>(Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---------------------------------------------|--------------|---------------|----------------|-----------------|
| \$ 18.253.276                               | \$ 1.064.774 | \$ 4.563.319  | 0.00           | \$ 12.625.183   |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS (\$4.563.319.00)

| PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES<br>Mes de ejecución contractual |              |         |            |            |                       |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------|---------|------------|------------|-----------------------|
| CONCEPTO                                                                    | PLANILLA No. | VALOR   | PERIODO    |            | FECHA DE PAGO         |
|                                                                             |              |         | DESDE      | HASTA      |                       |
| Salud                                                                       | 9405190531   | 109.800 | 1/04/2020  | 30/04/2020 | 30/04/2020            |
| Pensión                                                                     | 9405190531   | 140.500 | 1/04/2020  | 30/04/2020 | 30/04/2020            |
| ARL                                                                         | 9405190531   | 4.600   | 01/04/2020 | 30/04/2020 | ADRES- CPS - 155-2020 |

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:

#### 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.

| OBSERVACIONES |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ANEXOS        | <ol style="list-style-type: none"> <li>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; cuando aplique, o Certificación del cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales; cuando aplique.</li> <li>2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.</li> <li>3. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen (Simplificado o Común).</li> <li>4. Medio Magnético con las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones,</li> </ol> |

|                                                                                   |         |                                                                         |         |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|-------------------------------------------------------------------------|---------|-----------|
|  | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN                                                 | CÓDIGO  | GCON-FR01 |
|                                                                                   | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 02        |
|                                                                                   |         |                                                                         | FECHA   | 29/11/19  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>productos y/o informes, estipulados en el Contrato o Convenio en mención.</p> <p>5. En caso de primer pago debe aportar: Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.</p> |
| <p>En constancia, firmo:</p><br><br><br><p style="text-align: center;">PAOLA ANDREA CÉSPEDES FORERO<br/>Supervisor o interventor</p> <p>En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobación respectiva en la plataforma de SECOP II.</p> <p>Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/05/2020</p> |                                                                                                                                                                                                                  |

<sup>i</sup> Incluir las obligaciones específicas pactadas en el Contrato y/o Convenio.

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                 |                 |                    |                             |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                   | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 32937074                   |    | ECHAVEZ MARTINEZ INDIRA VANESSA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | URB LA TRONCAL MZ H LOTE 22 | CARTAGENA-BOLIVAR   | 6670770  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |            |          |            |            |                    |           |
|-----------------------------------|---------|----------|------------|----------|------------|------------|--------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave    |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago               |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago     | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco              | Valor     |
| 2020-03                           | 2020-03 | 11595910 | 9405190531 | I        | 2020/04/20 | 2020/04/30 | BANCO DE OCCIDENTE | \$254,900 |

| LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES                |                |          |                |       |           |           |           |        |           |           |           |      |     |        |         |       |           |           |              |     |        |     |
|-------------------------------------------------|----------------|----------|----------------|-------|-----------|-----------|-----------|--------|-----------|-----------|-----------|------|-----|--------|---------|-------|-----------|-----------|--------------|-----|--------|-----|
| EMPLEADO                                        |                |          | PENSION        |       |           |           | SALUD     |        |           |           | CCF       |      |     |        | RIESGOS |       |           |           | PARAFISCALES |     |        |     |
| No.                                             | Identificación | Nombres  | Codigo         | Dias  | IBC       | Aporte    | Codigo    | Dias   | IBC       | Aporte    | Codigo    | Dias | IBC | Aporte | Codigo  | Dias  | IBC       | Aporte    | Dias         | IBC | Aporte |     |
| Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)               |                |          |                |       | \$877,803 | \$140,500 |           |        | \$877,803 | \$109,800 |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$877,803 | \$4,600   |              | \$0 | \$0    |     |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados)     |                |          |                |       | \$877,803 | \$140,500 |           |        | \$877,803 | \$109,800 |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$877,803 | \$4,600   |              | \$0 | \$0    |     |
| Ciudad: CARTAGENA Depto: BOLIVAR ( 1 Afiliados) |                |          |                |       | \$877,803 | \$140,500 |           |        | \$877,803 | \$109,800 |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$877,803 | \$4,600   |              | \$0 | \$0    |     |
| 1                                               | CC             | 32937074 | ECHAVEZ INDIRA | 25-14 | 30        | \$877,803 | \$140,500 | EPS008 | 30        | \$877,803 | \$109,800 |      | 0   | \$0    | \$0     | 14-23 | 30        | \$877,803 | \$4,600      | 0   | \$0    | \$0 |
| Total Afiliados( 1)                             |                |          |                |       | \$877,803 | \$140,500 |           |        | \$877,803 | \$109,800 |           |      | \$0 | \$0    |         |       | \$877,803 | \$4,600   |              | \$0 | \$0    |     |

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE |    |                                 |                 |                    |                             |                     |          |                       |
|-------------------------------|----|---------------------------------|-----------------|--------------------|-----------------------------|---------------------|----------|-----------------------|
| Identificación                | dv | Razon Social                    | Clase Aportante | Sucursal Principal | Dirección                   | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
| CC 32937074                   |    | ECHAVEZ MARTINEZ INDIRA VANESSA | INDEPENDIENTE   | PRINCIPAL          | URB LA TRONCAL MZ H LOTE 22 | CARTAGENA-BOLIVAR   | 6670770  | No                    |

| DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION |         |          |            |          |            |            |                    |           |
|-----------------------------------|---------|----------|------------|----------|------------|------------|--------------------|-----------|
| Periodo                           |         | Clave    |            | Tipo     | Fecha      |            | Pago               |           |
| Pensión                           | Salud   | Pago     | Planilla   | Planilla | Limite     | Pago       | Banco              | Valor     |
| 2020-03                           | 2020-03 | 11595910 | 9405190531 | I        | 2020/04/20 | 2020/04/30 | BANCO DE OCCIDENTE | \$254,900 |

| RESUMEN DE PAGO              |        |             |    |           |                  |                |                        |                  |
|------------------------------|--------|-------------|----|-----------|------------------|----------------|------------------------|------------------|
| RIESGO                       | CODIGO | NIT         | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO  | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR    |
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$140,500        | \$0            | \$0                    | \$140,500        |
| COLPENSIONES                 | 25-14  | 900,336,004 | 7  | 1         | \$140,500        | \$0            | \$0                    | \$140,500        |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$4,600          | \$0            | \$0                    | \$4,600          |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23  | 860,011,153 | 6  | 1         | \$4,600          | \$0            | \$0                    | \$4,600          |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1)     |        |             |    | 1         | \$109,800        | \$0            | \$0                    | \$109,800        |
| COMPENSAR                    | EPS008 | 860,066,942 | 7  | 1         | \$109,800        | \$0            | \$0                    | \$109,800        |
| <b>TOTAL</b>                 |        |             |    | <b>1</b>  | <b>\$254,900</b> | <b>\$0</b>     | <b>\$0</b>             | <b>\$254,900</b> |

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA  
PERSONAS NATURALES  
AÑO 2020**

| Nombres y Apellidos             | No. Identificación |
|---------------------------------|--------------------|
| Indira Vanessa Echávez Martínez | 32.937.074         |

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 \_6910\_ Tarifa ICA \_9.66\_

Contrato de Prestación de Servicios Número: No\_ 155-2020 \_

Fecha de Inicio: \_24/03/2020\_ Fecha de Terminación: \_24/07/2020\_

Valor total del Contrato: \$ **18.253.276,00** Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: \$**4.563.319,00**

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                | 1014999340       | JUAN NICOLAS PINILLA ECHAVEZ | HIJO                    |

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA  
PERSONAS NATURALES  
AÑO 2020**

**(\*) 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 \_\_\_\_\_(Vacío)\_\_\_\_\_ identificado (a) con la C.C. No. \_\_\_\_ (Vacío)\_\_\_\_ 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, Obligación \_\_\_\_\_(Vacío)\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_(Vacío)\_\_\_\_\_, según certificación del año 2016; 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, artículo 2, numeral 1, hasta 100 uvt.
- 5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. \_\_\_\_ (Vacío)\_\_\_\_\_, del Banco \_\_\_\_ (Vacío)\_\_\_\_\_, a la cual consigno mensualmente la suma de (\$ Vacío ), 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

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA  
PERSONAS NATURALES  
AÑO 2020**

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 \_\_\_\_\_(Vacío)\_\_\_\_\_ la suma de (\$ Vacío ), 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 \_\_\_\_\_(Vacío)\_\_\_\_\_ la suma de (\$ Vacío ), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)\_\_\_\_\_ (Vacío)\_\_\_\_\_ 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\_\_32.937.074\_\_\_\_  
Bogotá D.C. 04 de Mayo de 2020

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA  
PERSONAS NATURALES  
AÑO 2020**

NUIP 1014999340

**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo  
Serial

55900007

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 64 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 3 J

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. - - - - -

**Datos del inscrito**

Primer Apellido Segundo Apellido

PINILLA - - - - - ECHAVEZ - - - - -

Nombre(s)

JUAN NICOLAS - - - - -

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH  
Año 2 0 1 8 Mes A B R Día 2 5 MASCULINO A NEGATIVO

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

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO 14649376-5

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

ECHAVEZ MARTINEZ INDIRA VANESSA - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CC 32937074 de CARTAGENA - - - - - COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

PINILLA NUÑEZ JOHAN ALEXANDER - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) Nacionalidad

CC 1032381837 de BOGOTÁ D.C. - - - - - COLOMBIANA

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

PINILLA NUÑEZ JOHAN ALEXANDER - - - - -

Documento de identificación (Clase y número) Firma

CC 1032381837 de BOGOTÁ D.C. - - - - - *Firma*

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

- - - - -

Documento de identificación (Clase y número) Firma

- - - - -

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

- - - - -

Documento de identificación (Clase y número)

- - - - -

Fecha de inscripción Nombre y firma del funcionario

Año 2 0 1 8 Mes M A Y Día 0 3 FERNANDO RODRIGUEZ OLIVEROS

Nombre y firma

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

*Firma* FERNANDO RODRIGUEZ OLIVEROS

Firma

Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

TOMO 70 FOLIO 133

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -



**REPUBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACION PERSONAL**  
**CEDULA DE CIUDADANIA**

NUMERO **32.937.074**

**ECHAVEZ MARTINEZ**  
APELLIDOS

**INDIRA VANESSA**  
NOMBRES

*Indira V Echevez Mtz*  
FIRMA





  
INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **07-OCT-1984**

**CARTAGENA**  
(BOLIVAR)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.58** **AB+** **F**  
ESTATURA G.S. RH SEXO

**14-ENE-2003 CARTAGENA**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Almabeatriz Rengifo Lopez*  
REGISTRADORA NACIONAL  
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ



P-0500100-30117308-F-0032937074-20030822 0539103234O 01 135727060

**CIUDAD:** Bogota D.C.

**FECHA:** 04/05/2020

### **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:** INDIRA VANESSA ECHAVEZ MARTINEZ

**IDENTIFICACIÓN:** CC ☒ NIT ☐ No. 32.937.074

**CONTRATO No.:** 155 de 2020

#### **OBJETO:**

relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan, así como apoyar a la dirección en las actividades que se deriven del proceso de Reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre-cierre y

**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 01/04/2020 **HASTA:** 30/04/2020

**LA SUMA DE:** CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS (4'563.319.00)

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** CALLE 8D # 80D- 09, 2DO PISO

**TELÉFONO:** 3017316955

---

**FIRMA**  
**C.C**