**CIUDAD:** Bogotá

**FECHA:** 2/09/2024

## 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:** Aura Milena Corredor Guevara

**IDENTIFICACIÓN:** **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.013.657.275

**CONTRATO No.:** ADRES CPS- 626-2024

**OBJETO**: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 2/08/2024 **HASTA:** 31/08/2024

**LA SUMA DE:** CINCO MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL TREINTA PESOS M/cte. ($5.511.030).

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** Calle 36F Sur # 3a -06

**TELÉFONO:** 3004624970



**FIRMA**
**C.C. 1013657275 de Bogotá D.C.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES-626-2024 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | Aura Milena Corredor Guevara | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | William Enrique Torres Rodríguez | **Teléfono / Extensión** | 601 4322760 |
| **Dependencia** | Dirección Otras Prestaciones | | |
| **Objeto del Contrato** | Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. | | |
| **Fecha de Inicio** | 2/08/2024 | **Fecha de Terminación** | 31/12/2024 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 2/08/2024 | **Hasta** | 31/08/2024 |
| **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 | Adelantar la verificación y aplicación de los criterios de auditoria establecidos al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC, así como para las atenciones en salud e | Se revisó, se analizó y se verificó soportes de los recobros y reintegros asignados, de acuerdo con los lineamientos dados. | Se adjunta archivos nombrados:<br><br>En formato PDF:<br><br>“Reporte diario de Producción 23_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 22 AL 23 AGOSTO” | N/A |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | indemnizaciones por accidentes de tránsito eventos terroristas y catástrofes de origen natural con el fin de establecer el estado final de cada recobro y/o reclamación y el valor a reconocer. | | “Reporte diario de Producción 22_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 22 AL 23 AGOSTO”<br><br>“Reporte diario de Producción 21_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 12 AL 16 AGOSTO”<br><br>“Reporte diario de Producción 20_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 12 AL 16 AGOSTO”<br><br>“Reporte diario de Producción 16_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 12 AL 16 AGOSTO”<br><br>“Reporte diario de Producción 15_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 12 AL 16 AGOSTO”<br><br>“Reporte diario de Producción 14_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 12 AL 16 AGOSTO”<br><br>“Reporte diario de Producción 13_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 12 AL 16 AGOSTO”<br><br>“Reporte diario de Producción 12_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 12 AL 16 AGOSTO”<br><br>“Reporte diario de Producción 09_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 09082024”<br><br>“Reporte diario de Producción 08_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP” | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | “Reporte diario de Producción 06_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP”<br><br>“Reporte diario de Producción 05_08_2024 Aura Corredor BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP 05082024”<br><br>En formato EXCEL:<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 22 AL 23 AGOSTO- 23-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 22 AL 23 AGOSTO-22-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 12 AL 16 AGOSTO-21-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 12 AL 16 AGOSTO- 20-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - VALIDACIONES- 16-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 12 AL 16 AGOSTO- 15-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 12 AL 16 AGOSTO- 14-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | | HOJA 9 SURA - 12 AL 16 AGOSTO- 13-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA - 12 AL 16 AGOSTO- 12-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 09082024 - 09-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP - 08-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP -06-08-2024“<br><br>“Produccion_Aura Corredor_BASE DE TRABAJO CAUSAL 10 SURA DOP 05082024“ | |
| 2 | 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 los resultados de la validación recobros y reintegros asignados por líder en los formatos establecidos. | Se adjuntan archivos anteriormente nombrados en la sección de Producto y/o Entregables, de la obligación contractual número 1. | N/A |
| 3 | Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijen por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación del Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas en el proceso de la verificación y auditoría de recobros y | Se cumplió y se reportó con las metas establecidas de productividad solicitadas por líder. | Se adjuntan archivos anteriormente nombrados en la sección de Producto y/o Entregables, de la obligación contractual número 1. | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados. | | | |
| 4 | Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, 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 objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionas con esta obligación. | N/A | N/A |
| 5 | Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y demás actividades que se requieran con relación al alcance y objeto contractual, así como en la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionas con esta obligación. | N/A | N/A |
| 6 | Informar oportunamente | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se | N/A | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | al líder del proceso, al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones los casos que, en su actividad propia de análisis y verificación de los soportes requeridos para la presentación de recobros y reclamaciones, identifique como presuntas situaciones anómalas,irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud y documentarla según lo observado en su actividad de verificación. | ejecutaron actividades relacionas con esta obligación. | | |
| 7 | 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 objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionas con esta obligación. | N/A | N/A |

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



**Firma del Contratista**
**Fecha:** 2/09/2024

**BALANCE ECONÓMICO**

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| COP $ 28.505.330 | COP $ 0 | COP $ 5.511.030 | 0 | COP $22.994.300 |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES QUINIENTOS ONCE MIL TREINTA PESOS m/cte. ($5.511.030).

**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES**
Mes de ejecución contractual

| CONCEPTO | PLANILLA No. | VALOR | PERIODO | | FECHA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | DESDE | HASTA | |
| **Salud** | 79409862 | 285.100 | 01/08/2024 | 31/08/2024 | 12/08/2024 |
| **Pensión** | 79409862 | 364.900 | 01/08/2024 | 31/08/2024 | 12/08/2024 |
| **ARL** | 79409862 | 12.000 | 01/08/2024 | 31/08/2024 | 12/08/2024 |

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: N/A

**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** | N/A |
| **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.<br>2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.<br>3. Soportes contractuales cargados en la sección 7 del contrato electrónico (Formato comprimido).<br>4. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen sea Simplificado o Común.<br>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<br><br>5. En caso de primer pago debe aportar:<br>a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. |

**En constancia, firmo:**



William Enrique Torres Rodríguez
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

**Lugar y Fecha: Bogotá, D. C.,** 2/09/2024

[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 | 1013657275 | AURA MILENA CORREDOR GUEVARA | calle 36F sur # 3a-06 | 6010000 | auriscorredor2095@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 | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 12/08/2024 | 79409862 | $707.700 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 285.100 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 285.100 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 364.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 364.900 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-11 | ARL SURA | 890903790-5 | 12.000 | | | | 12.000 | 0 | 0 | 12.000 | | | 120 | 12.000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF24 | Compensar Caja | 860066942-7 | 45.700 | 0 | 0 | 45.700 | 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 | 285.100 | 285.100 |
| Pensión | 1 | 364.900 | 364.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 12.000 | 12.000 |
| CCF | 1 | 45.700 | 45.700 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 707.700 | 707.700 |

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 | 1013657275 | AURA MILENA CORREDOR GUEVARA | calle 36F sur # 3a-06 | 6010000 | auriscorredor2095@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 | |
| 2024-08 | 2024-08 | I | 12/08/2024 | 79409862 | $707.700 | |

## 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 | 1013657275 | CORREDOR GUEVARA AURA MILENA | 57 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.280.426 | 364.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 2.280.426 | 285.100 | 14-11 | 2.280.426 | 1 | 12.000 | CCF24 | 2.280.426 | 45.700 | 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., 02 de septiembre de 2024

| Nombres y Apellidos | No. Identificación |
|---|---|
| Aura Milena Corredor Guevara | 1.013.657.275 |

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 7490, Tarifa ICA 8,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-626-2024
Fecha de Inicio: 2/08/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024
Valor total del Contrato: $ 28.505.330 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor de la fracción agosto 2024: $ 5.511.030

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.
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.

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

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 XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX 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 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. _____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, 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, 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

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,

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

Firma: 

Aura Milena Corredor Guevara
Cédula de ciudadanía No. 1013657275 de Bogotá D.C.
Bogotá D.C., 02/09/2024

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973675975

(415)7707212489984(8020) 000001497367597 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 1 3 6 5 7 2 7 5 | 7 | Impuestos de Bogotá 3 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 1 3 6 5 7 2 7 5 | 2 0 1 3 0 4 0 1 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CORREDOR | GUEVARA | AURA | MILENA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Bogotá D.C. 1 1 | Bogotá, D.C. 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 36 F SUR # 3 A 6

42. Correo electrónico auriscorredor2095@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 4 2 8 1 0 1 4 8 | |

## CLASIFICACIÓN

| Actividad económica | | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|
| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | |
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 4 9 0 | 2 0 2 3 0 8 3 0 | | | | | | | |

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Usuarios aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | |
| | | | | | | | | | | |

| Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| | | 57. Modo | | | |
| | | 58. CPC | | | |

**IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación**

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 18 / 17 : 18: 54

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CORREDOR GUEVARA AURA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Salud y diagnóstico
Diamedical ltda

# Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



**Fecha:** 29/Ago/2023, **Hora:** 07:42:32 a.m.
**Apellido:** CORREDOR GUEVARA **Nombre:** AURA MILENA
**Tipo Doc:** CC **Nro Identidad:** 1013657275
**Empresa:** Particular
**Cargo:** AUDITOR
**Direccion:**
**Telefono:** 3003384439- LUZ **Celular:** 3142810148 **Email:** AURISCORREDOR2095@GMAIL.COM
**Estado Civil:** Soltero
**Ciudad:** Bogota D.C. - San Cristóbal

**HC:** # 77600
**Edad:** 28 años
**Sexo:** Femenino
**Nacim:** 20/Mar/1995
**Rh:** O+

## Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional con énfasis Osteomuscular

## Concepto

SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES MEDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

## Recomendaciones

Uso de EPP
Higiene Postural
Valoracion Nutricional
Pausas Activas
Estilo De Vida Saludable
Higiene Y Seguridad En El Trabajo
Debe hacer ejercicio de manera regular, preferiblemente dirigido y seguir una dieta muy balanceada.
Debe bajar de peso gradualmente
Otras: LA EMPRESA COMO LA TRABAJADORA DEBEN ATENDER MUY PUNTUAL y ESTRICTAMENTE LAS NORMAS y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD REGLAMENTADAS POR LOS ENTES DE CONTROL, A FIN DE PODER DESEMPEÑAR CADA UNA DE LAS FUNCIONES LABORALES CON EL MENOR RIESGO POSIBLE DE CONTAGIO, TANTO A NIVEL PERSONAL COMO COMUNITARIO.

## Observaciones

AGOSTO 29 DE 2023: LUEGO DE HACER LA VALORACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL, SE CERTIFICA QUE LA ASPIRANTE EN MENCIÓN SE ENCUENTRA COMPLETAMENTE ASINTOMÁTICA y SIN SIGNOS CLÍNICOS EVIDENTES QUE SUGIERAN PROCESO INFECCIOSO ALGUNO, ESPECÍFICAMENTE PARA PENSAR EN CONTAGIO CON CORONAVIRUS u OTROS GÉRMENES CIRCULANTES EN EL AMBIENTE. LA PRESENTE OBSERVACIÓN SE HACE ATENDIENDO LO INDICADO EN LA CIRCULAR EXTERNA DEL MINISTERIO DE SALUD y PROTECCIÓN SOCIAL EN EL MARCO DE LA REGLAMENTACIÓN GENERADA POR LA PANDEMIA ACTUAL-COVID 19.

*IMPORTANTE:*
1 - El trabajador recibió orientación médica sobre las recomendaciones necesarias para prevenir probables efectos en la salud relacionados o asociados con lo riesgos ocupacionales propios en su cargo.
2 - Señor(a) trabajador: a partir de la fecha, usted cuenta con 30 días para seguir y realizar las indicaciones del médico especialista en salud ocupacional registradas en este documento.
DECLARACION DEL ASPIRANTE: Manifiesto con mi firma o huella que no omiti datos relevantes en mis antecedentes que pudieran influir sobre la evaluación de mi estado actual de salud.

OSCAR MAURICIO MONROY SUAREZ
Médico Esp. Salud Ocupacional
C.C. 79.653.988 Bogotá
R.M. 014183/99
L. S.O. 6874/090819

**Oscar Mauricio Monroy Suarez**
Medico Esp. Salud Ocupacional
**Lic. de S.O #:** 6874/090819

AURA MILENA CORREDOR GUEVARA
CC 1013657275

Huella Digital