**CIUDAD:** Bogotá

**FECHA:** 2 de septiembre de 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:** YOMARA VARGAS

**IDENTIFICACIÓN:** **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52.862.015

**CONTRATO No.:** ADRES-CPS-664-2024

**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:** 05/08/2024 **HASTA:** 31/08/2024

**LA SUMA DE:** $ 4.940.923 (Cuatro millones novecientos cuarenta mil novecientos veinti tres pesos m/cte.).

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** Calle 146 No. 17 - 98 Apto 403

**TELÉFONO:** 316-5380044



**FIRMA**
**C.C : 52.862.015**

| ADRES | PROCESO | GESTIÓN DE CONTRATACIÓN | CÓDIGO | GCON-FR01 |
|---|---|---|---|---|
| | FORMATO | INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO | VERSIÓN | 03 |
| | | | FECHA | 10/05/2021 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES-CPS-664-2024 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | YOMARA VARGAS | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | Camilo Alberto Alfaro Jiménez | **Teléfono / Extensión** | 6014322760 |
| **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 vehículo. | | |
| **Fecha de Inicio** | 5/08/2024 | **Fecha de Terminación** | 31/12/2024 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 5/08/2024 | **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 | Efectuar 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 revisaron las cuentas y los soportes presentados ante la ADRES, correspondiente a validaciones según se detalla en el archivo Excel "Consolidado Producción agosto 2024" | Se adjunta archivo Excel denominado "Consolidado producción agosto 2024" | N/A |
| 2 | Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e | Se registraron los resultados de las auditorías efectuadas durante el periodo correspondiente a validaciones, según se detalla en | Se adjunta archivo Excel denominado "Consolidado producción agosto 2024" | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | instrucciones definidas para el efecto | el archivo Excel "Consolidado Producción agosto 2024" | | |
| 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 reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados. | Se registraron los resultados de las auditorías efectuadas durante el periodo correspondiente a validaciones, según se detalla en el archivo Excel "Consolidado Producción agosto 2024" | Se adjunta archivo Excel denominado "Consolidado producción agosto 2024" | N/A |
| 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 PROCESO GESTIÓN DE CONTRATACIÓN Código: GCON-FR29 Versión: 5 FORMATO CLAUSULADO CONTRACTUAL Fecha: 03/11/2023 Página: Página 5 de 4 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 cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación. | N/A | N/A |
| 5 | Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas. | Participé en la capacitación del 27 de agosto 2024 "Capacitación Financiero y Médico" de 8:30 am a 12 m, de forma presencial. | Se adjunta print de la convocatoria a la reunión denominada "Capacitación 27 de agosto" | N/A |
| 6 | Informar oportunamente a la Coordinación de Grupo Interno de Verificación y Auditoría de Cuentas 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, | En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con respecto a esta obligación. | N/A | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud. | | | |
| 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 cobro no se ejecutaron actividades con respecto a 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 |
|---|---|---|---|---|
| 28.505.330 | 0 | 4.940.923 | 0 | 23.564.407 |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de cuatro millones novecientos cuarenta mil novecientos veintitrés pesos m/cte. ($ 4.940.923)

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

| CONCEPTO | PLANILLA No. | VALOR | PERIODO | | FECHA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | DESDE | HASTA | |
| **Salud** | 1066133557 | $285.100 | 01/08/2024 | 31/08/2024 | 28/08/2024 |
| **Pensión** | 1066133557 | $364.900 | 01/08/2024 | 31/08/2024 | 28/08/2024 |
| **ARL** | 1066133557 | $12.000 | 01/08/2024 | 31/08/2024 | 28/08/2024 |

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.

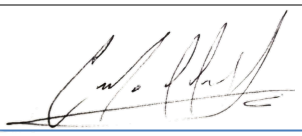
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.

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>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:**



Camilo Alberto Alfaro Jiménez
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.

## Información de la Planilla Pagada

| | |
|---|---|
| **Nit de comercio Operador de Información** | 900097333-9 |
| **Razón Social del Operador de Información** | SIMPLE S.A. |
| **Descripción** | Pago de SuAporte |
| **Fecha** | 2024-08-28, 01:20:16 PM |
| **Periodo de Cotización Otros Riesgos** | agosto de 2024 |
| **Periodo de Cotización Para Salud** | agosto de 2024 |
| **Empresa** | YOMARA VARGAS |
| **CEDULA CIUDADANIA** | CC 52862015 |
| **Código Sucursal (Nombre)** | ( ) |
| **Referencia de Pago/ Número Planilla** | 1066133557 |
| **Tipo de Planilla** | I |
| **Número Transacción Bancaria/ CUS** | 872827417 |
| **Banco** | (1007) - BANCOLOMBIA |
| **Valor** | $ 662.000 |
| **Estado de la Transacción** | Aprobada |
| **Dirección IP de Origen** | 10.0.19.58 |

| Nit | Código | Administradora | Número Afiliados | Valor sin Mora | Total Intéreses Mora |
|---|---|---|---|---|---|
| N800224808 | 230301 | PORVENIR | 1 | $ 364.900 | $ 0 |
| N830113831 | EPS001 | CMRC RECAUDO FOSYGA-ALIANSALUD | 1 | $ 285.100 | $ 0 |
| N860011153 | 14-23 | ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG | 1 | $ 12.000 | $ 0 |
| | | | | | |
| | | **SubTotales:** | | $ 662.000 | $ 0 |
| | | **Total a Pagar:** | | | $ 662.000 |



**Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!**

**SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.**

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

¡El Poder de lo SIMPLE!

Has recibido una notificación correspondiente a una transacción realizada a través de pagos PSE de Bancolombia.

**Pago realizado por:** YOMARA VARGAS

**Tienda virtual o recaudador:** SIMPLE OI



**Nro. de recibo:** 1066133557

**Descripción del pago:** Pago de Seguridad Social

**Identificación del contribuyente:** 10.0.19.58

**Concepto:** CC

**Razón Social:** 52862015

**Fecha y hora de la transacción:** Miércoles 28 de Agosto de 2024 01:21:46 PM

**Nro. de comprobante:** 0000021336

**Valor pagado:** $ 662,000.00

**Producto:** *******5899

Bancolombia S.A.

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14885844720

(415)7707212489984(8020) 000001488584472 0

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 8 6 2 0 1 5 | 8 | 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 | 52862015 | 1 9 9 9 0 6 1 5 |

| 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 |
|---|---|---|---|
| VARGAS | | YOMARA | |

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: CR 1 G 91 A 04 SUR BRR EL VIRREY

42. Correo electrónico [email protected]

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 6 0 2 9 0 9 5 | 3 1 6 5 3 8 0 0 4 4 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### 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

### Obligados aduaneros

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

### 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 2023 - 01 - 01 / 09 : 19: 19

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre VARGAS YOMARA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# *CONSULTORIO MEDICO DR RAFAEL GOMEZ*

**NIT 72136178-9 BOGOTA DC TV 94 NO 82 A 64**
**PBX 4 90 80 94 CELULAR 3015619085 EMAIL –PROMOVIENDOSALUD2019@GMAIL.COM**
**LICENCIA EN SALUD OCUPACIONAL RES 2607/2018**

| FECHA DE EXAMENES MEDICOS | TIPO DE EXAMEN MEDICO |
|---|---|
| 11/05/2023 | ☐Ingreso ☐Egreso ☒Periódico ☐Altura ☐ Osteomuscular |

## DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE

Nombres: YOMARA | Apellidos: VARGAS

Razón social**: ADRES** | Celular: 316 5380044

Dirección: B/ CLL 146 NO 17-98 AP 403 | C.C: 52.862.015 | G.S RH: A +



| Genero | Fecha de nacimiento | Edad en años: | EPS: ALIANSALUD | |
|---|---|---|---|---|
| **Masculino☐ Femenino ☒** | 27/05/1981 | 41 | ARL: POSITIVA | AFP: PORVENIR |

## INFORMACION OCUPACIONAL CARGO ACTUAL A INGRESAR

| Fecha ingreso a la empresa | Cargo: | Sección: | Antigüedad en el cargo 3 AÑOS |
|---|---|---|---|
| 11/05/2023 | ADMINISTRADORA SG-SST | ADMINISTRATIVA | no aplica para ingreso |

## CONSULTAS PROCEDIMIENTOS Y/O EXAMENE REALIZADOS

Consulta de medicina laboral, Colesterol, Visiometría, Audiometría. .

## CONSENTIMEINTO INFORMADO DEL ASPIRANTE O TRABAJADOR

Autorizo al (a la) Dr. (a) abajo mencionado(a), a realizar en mi examen médico y/o paraclínicos ocupacionales, registrados en este documento. El profesional abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y el propósito del examen médico y paraclínico ocupacionales. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones y riesgos del examen médico y paraclínicos ocupacionales. A partir de la asesoría brindada ante de las respectivas toma de pruebas. Entiendo que la realización de esta(s) prueba(s) es voluntaria y tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento antes que se realizaran los exámenes. Las respuestas dadas por mí en estos exámenes están completas y son verídicas. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

## CONCEPTO OCUPACIONAL

☑ Apto sin restricciones ☐ Apto con restricciones ☐ Aplazado ☐ Apto con patologias que no generan restricción

☐ Apto para trabajo en alturas ☐ Apto para trabajar en el suelo ☐ Apto para manipular alimentos

## RECOMENDACIONES

**Ocupacionales**
☐Capacitación según matriz de riego y peligros
☒Higiene postural
☒higiene biomédica integral
☒Pausas activas laborales
☒Uso de los EPP
☐Cultura de autocuidado

**Medicas**
☐Valoración por optometría
☐Valoración por medicina general EPS
☐Valoración por ARL
☐Valoración por medicina laboral
☐Valoración por nutricionista

**CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO**
☐para trabajo en altura y/o espacios confinados y/o manipulación de alimentos.

**Sistema de vigilancia epidemiológica**
☐SVE Salud auditiva (énfasis en protección auditiva)
☐SVE Cardiovascular
☒SVE en salud visual
☐Corrección óptica permanente
☐SVE en salud respiratoria
☒SVE mecánico

**Hábitos y estilo de vida saludable**
☒Ejercicio físico regular 3 veces por semana (acondicionamiento físico)
☒Énfasis en estiramientos integrales
☒Nutrición balanceada
☐Cesación de tabaquismo
☐reducción consumo de alcohol

**Condiciones de salud - otros**
CERTIFICO QUE EL PACIENTE ACTUALMENTE Y TENIENDO EN CUENTA LA CIRCULAR 0030 DE 8 DE MAYO DE 2020 NO PADECE ENFERMEDADES DE ALTO RIESGO PARA COVID 19. **PACIENTE SANO**

**SE LE RECOMIENDA AL PACIENTE EL USO DE GAFAS PERMANENTES PARA EVITAR DESGASTE OCULAR Y DISMINUIR EL AGOTAMIENTO VISUAL**

Dr. Rafael A. Gómez C. Médico y Cirujano R.M. 2052-97 Especialista En Salud Ocupacional L.S.O. 2607 DE 2018

X

DR. Rafael Alberto Gomes Conrado
Medico especialista en salud ocupacional

X

Paciente
c.c

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

Notas:
1).Archive este informe en la hoja de vida del trabajador en el área de recursos humanos
2). El contenido de la historia clínica ocupacional tiene carácter confidencial y su custodia está regida por la resolución 1918 del 05 de junio 2009 del cual se transcriben a continuación algunos aportes "La custodia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional estará a cargo de la persona prestador del servicio de salud ocupacional que la genero en curso de la atención, cumpliendo los requisitos y procedimientos de archivos conforme a las normas legales vigentes para la historia clínica.
En ningún caso los empleadores podrán tener, conservar o anexar copia de las evaluaciones medicas ocupacionales y de la historia clínica ocupacional a la hoja de vida del trabajado
3). Este examen no reemplaza el realizado por indumil para porte de armas.

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

Bogotá D.C., 5 de agosto de 2024

| Nombres y Apellidos | No. Identificación |
|---|---|
| YOMARA VARGAS | 52.862.015 |

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 8211 Tarifa ICA 9,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-664-2024
Fecha de Inicio: 05/08/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024
Valor total del Contrato: $ 28.505.330 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2024: $ 5.701.066

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 (*) |
|---|---|---|---|
| C.C | 1.029.140.450 | Santiago Pedreros Vargas | b) Hijos entre 18 y 23 años, con |

(*) 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 _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_____de_____, según certificación del año 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

**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:



**YOMARA VARGAS**
Cédula de ciudadanía No. 52.862.015
Bogotá D.C., 05/08/2024

CEDULA DE CIUDADANÍA

# REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.029.140.450



Apellidos
PEDREROS VARGAS

Nombres
SANTIAGO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.74

Sexo
M

Fecha de nacimiento
07 MAR 2005

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
10 MAR 2023, VILLAVICENCIO

Fecha de expiración
10 MAR 2033

Firma
Santiago Pedreros Vargas

.CO

0163611135

REGISTRADOR NACIONAL
Alexander Vega Rocha

ICCOL0163611350520001<<<<<<<<<<<
0503073M3303104COL1029140450<4
PEDREROS<VARGAS<<SANTIAGO<<<<<


UNIMETA

VENTA APROBADA

RECIBO: 000475 COPIA

COMPRA NETA: $2.561.572

TOTAL (COP): $2.561.572

Carrera 32No.34B 26 B. San Fernando
Teléfono (031)(8)6621825
www.unimeta.edu.co

EDREROS VARGAS SANTIAGO — Cédula __x__ T.I. ____ — No. 1029140450

A AMBIENTAL (2307) — Semestre: Primer — Franja: FRANJA 1

2023 - 2 — Cant. de Créditos: 17 — Fecha: 27/07/2023

122758

| ón | Cant. | Vr. Unitario | Vr. Total |
|---|---|---|---|
| Periodo 2 -2023 | 1 | 4.404.576,00 | 4.404.576,00 |
| | 1 | 359.284,00 | 359.284,00 |
| LES | 1 | 0,00 | 0,00 |
| | 1 | 2.202.288,00 | 2.202.288,00 |
| CALCULO DIFERENCIAL | 1 | 0,00 | 0,00 |
| QUIMICA GENERAL Y LABORATORIO | 1 | 0,00 | 0,00 |
| AUTOCAD 2D | 1 | 0,00 | 0,00 |
| INTRODUCCION A LA INGENIERIA AMBIENTAL | 1 | 0,00 | 0,00 |
| BIOLOGIA GENERAL Y LABORATORIO | 1 | 0,00 | 0,00 |
| MEUM I (CATEDRA UNIMETA) | 1 | 0,00 | 0,00 |
| MEUM II (COSMOLOGIA) | 1 | 0,00 | 0,00 |
| Inscripción del Periodo: 2 del Año: 2023, Nivel: INGAMB | 1 | 0,00 | 0,00 |

Valor Total a Pagar $ 0,00

**Información Académica de la Matrícula**

| Asignaturas | Créditos | Intensidad | Horario | Salón |
|---|---|---|---|---|
| 10434 - CALCULO DIFERENCIAL | 3 | 48 | V 02:00:00 PM - 05:00:00 PM | RYL-201 |
| 230004 - QUIMICA GENERAL Y LABORATORIO | 4 | 64 | L 02:00:00 PM - 04:00:00 PM M 02:00:00 PM - [illegible] | MAR-202 |
| 230035 - AUTOCAD 2D | 2 | 32 | J 06:00:00 AM - 08:00:00 AM | GRL |
| 230036 - INTRODUCCIÓN A LA INGENIERIA AMBIENTAL | 2 | 32 | V 06:00:00 AM - 08:00:00 AM | GRL |
| 230073 - BIOLOGIA GENERAL Y LABORATORIO | 4 | 64 | L 04:00:00 PM - 06:00:00 PM M 04:00:00 PM - [illegible] | MAR-201 |
| 422 - INGLES NIVEL I | 0 | 64 | M 12:00:00 PM - 02:00:00 PM V 12:00:00 PM - [illegible] | GRL |
| 754 - MEUM I (CATEDRA UNIMETA) | 1 | 32 | V 08:00:00 AM - 10:00:00 AM | RYL-304 |
| 755 - MEUM II (COSMOLOGIA) | 1 | 32 | M 06:00:00 AM - 08:00:00 AM | GRL |
| Totales: | 17 | 368 | | |

| Notas Semestre Anterior () | |
|---|---|
| Asignaturas | Nota |
| Promedio | 0 |
| NO VÁLIDO COMO CERTIFICACIÓN | |

**Comprobante para el banco**

Valor a pagar: $ 2.561.572,00
Fecha pago: 27/07/2023
Estudiante: 1029140450 - PEDREROS VARGAS
Programa: INGENIERIA AMBIENTAL (2307)
No. Factura: 122758
Banco Colpatria Cuenta de Ahorros, Número 942067933

UNIMETA
DEPARTAMENTO DE TESORERIA
27 JUL 2023
PAGO CON TARJETA