CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 1/10/2024

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: JONATAN JAVIER DURANGO ZAMORA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 80,222,425

CONTRATO No.: ADRES-CPS-624 de 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 ocial, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa.

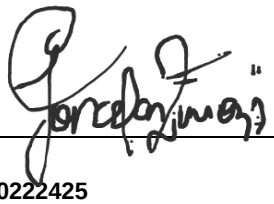
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/09/2024 **HASTA:** 30/09/2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($ 5.701.066)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 22 S # 69 - 59

TELÉFONO: 3002204007



FIRMA
C.C . 80222425

Contrato No.	ADRES-CPS-624-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	JONATAN JAVIER DURANGO ZAMORA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Jhan Piero Campos Cuellar	**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 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**	1/09/2024	**Hasta**	30/09/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

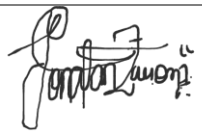
INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inco
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 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.	Se efectuó la revisión y verificación de 2.724 recobros distribuidos en 17 archivos durante el transcurso del mes.	Se anexa soporte de archivo: **Evidencia de registros auditados_SEPTIEMBRE_CPS624_Consolidado.xls – Pestaña Obligación (1) en la carpeta compartida OBLIGACION 1 y 2	N/A

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 entrego diariamente los resultados de la auditoria asignada en la oportunidad pertinente.	Se relacionan un cuadro con la gestión lograda cada día del periodo del informe: **Evidencia de registros auditados_SEPTIEMBRE_CPS624_Consolidado.xls – Pestaña Obligación (1) en la carpeta compartida OBLIGACION 1 y 2	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 reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	Se entrego diariamente los resultados de la auditoria asignada en la oportunidad requerida.	Se anexa soporte con evidencia de todos los correos enviados al supervisor. **Evidencia de entregas SEPTIEMBRE.pdf en la carpeta compartida OBLIGACIONES 3.	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, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos	En el periodo objeto del informe no se realizaron actividades relacionadas con la obligación.	N/A	N/A	

	derivados de accidentes de tránsito, 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 de otras prestaciones.				
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.	Se asistió a las siguientes reuniones: 1. Mesa Técnica NPM_0724 - VIRTUAL (05/09/2024) 2. Retroalimentación equipo de trabajo (09/09/2024) 3. Retroalimentación Calidad Agosto (17/09/2024) 4. TALLER DE ECUANIMIDAD (23/09/2024)	Se anexa soporte con citaciones según correos, en el archivo: **Evidencia de reuniones y capacitaciones SEPTIEMBRE.pdf en la carpeta compartida OBLIGACIONES 5.	N/A	
6	Informar oportunamente 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.	En el periodo objeto del informe no se realizaron actividades relacionadas con la obligación.	N/A	N/A	
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 del informe no se realizaron actividades relacionadas con la obligación.	N/A	N/A	

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



Firma del Contratista
Fecha: 1/10/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$ 28.505.330	$ 5.511.030	$ 5.701.066	$ 0	$ 17.293.234

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES SETECIENTOS UN MIL SESENTA Y SEIS PESOS M/CTE ($ 5.701.066 M/cte)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	80193641	$285.200	1/09/2024	30/09/2024	11/09/2024
Pensión	80193641	$365.000	1/09/2024	30/09/2024	11/09/2024
ARL	80193641	$12.000	1/09/2024	30/09/2024	11/09/2024

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

SI ☐ NO ☒

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

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención.
2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención.
3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.
4. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se ha materializado ninguno de los riesgos.

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

En constancia, firmo:

Jhan Piero Campos Cuellar
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., 1/10/2024

[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	80222425	JONATAN JAVIER DURANGO ZAMORA	CL 22 SUR 69 59	3002204007	JONATAN.ZAMORA@YAHOO.COM	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

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	
2024-09	2024-09	I	11/09/2024	80193641	$662.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	285.200	0		0		0	0	0	0	285.200	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	365.000	0	0	0	0	0	0		365.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

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

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	285.200	285.200
Pensión	1	365.000	365.000
Riesgos Laborales	1	12.000	12.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	662.200	662.200

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
CC	80222425	JONATAN JAVIER DURANGO ZAMORA		CL 22 SUR 69 59	3002204007	JONATAN.ZAMORA@YAHOO.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NO

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	
2024-09	2024-09	I	11/09/2024	80193641	$662.200	

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	80222425	DURANGO ZAMORA JONATAN JAVIER	59	0			N																	230201	2.281.000	365.000	0	0	0	0	EPS005	2.281.000	285.200	14-23	2.281.000	1	12.000		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 01 Inscripción

4. Número de formulario 14896844264

(415)7707212489984(8020) 000001489684426 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
8 0 2 2 2 4 2 5	0	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	8 0 2 2 2 4 2 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
DURANGO	ZAMORA	JONATAN	JAVIER

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 22 Sur # 69 - 59 IN 12 AP 402

42. Correo electrónico: jonatan.zamora@yahoo.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 2 2 0 4 0 0 7	

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
0 0 1 0	2 0 2 3 0 2 1 6	8 2 9 9	2 0 2 3 0 2 1 6					

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 [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2023 - 02 - 16 / 17 : 03: 52

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 DURANGO ZAMORA JONATAN JAVIER

985. Cargo Contribuyente

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES

AÑO 2024

Bogotá D.C., 01 de octubre de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
JONATAN JAVIER DURANGO ZAMORA	80222425

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 8299, Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-624-2024

Fecha de Inicio: 02/08/2024 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 (*)
RC	1013156271	MAIA LUNA DURANGO CALDERON	A
TI	1028444849	DYLAN JAVIER DURANGO CALDERON	A

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES

AÑO 2024

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.
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 DIANA CAROLINA CALDERON MARTINEZ identificado (a) con la C.C. No. 1073234344 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 _____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.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES

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 **AÑO 2024**

   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,



Firma:
JONATAN JAVIER DURANGO ZAMORA
Cédula de ciudadanía No. 80.222.425 de Bogotá
Bogotá D.C., 01/10/2024

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

Archivo Copia Registro Civil

NUIP 1.028.444.849

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54936046

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría X | Notaría | Número | Consulado | Corregimiento | Inspección de Policía | Código A B R

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

REGISTRADURIA DE USAQUEN CL REINA SOFIA - COLOMBIA - CUNDINAMARCA -

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DURANGO	CALDERON

Nombre(s)

DYLAN JAVIER

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes ABR Día 14	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	53124398-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CALDERON MARTINEZ DIANA CAROLINA

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.073.234.344	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

DURANGO ZAMORA JONATAN JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 80.222.425	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

DURANGO ZAMORA JONATAN JAVIER

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC 80.222.425	

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)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes ABR Día 15	GASTON FERNANDO CUAN NARANJO - RE Nombre y firma

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

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FOTOCOPIA AUTENTICA DEL SERIAL ORIGINAL DE REGISTRO CIVIL QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA, SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO (Art. 115 del Dec. 1260 de 1970). TIENE VIGENCIA PERMANENTE (Art. 2 del Dec. 2189 de 1983). SE OMITE SELLO (Art. 11 del Dec. 2150 de 1995).

GASTON FERNANDO CUAN NARANJO
REGISTRADOR AUXILIAR DE USAQUÉN, LOC. 01.

Fecha de Expedición

16 ABR. 2015

Scanned by TapScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1013156271

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58160538

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 2 H

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 53 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
DURANGO	CALDERON

Nombre(s): MAIA LUNA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes JUN Día 26	FEMENINO	A	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	16102066-6

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CALDERON MARTINEZ DIANA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1073234344	COLOMBIA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: DURANGO ZAMORA JONATAN JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 80222425	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: DURANGO ZAMORA JONATAN JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 80222425	

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 que autoriza
Año 2020 Mes JUL Día 28	CLARA INES PAEZ RODRIGUEZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma 80222425	CLARA INES PAEZ RODRIGUEZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:LIBRO D VARIOS T.292 F.39;28/07/2020

NOTARIA 53 DE BOGOTA, D.C.
ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL, QUE REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE REGISTRO CIVIL DE ESTA NOTARIA
28 JUL 2020
ESTA COPIA TIENE VALIDEZ PERMANENTE
Valido para: DEMOSTRAR PARENTESCO

REPUBLICA DE COLOMBIA
CLARA INES PAEZ RODRIGUEZ
NOTARIA
ENCARGADA
NOTARIA 53 DE BOGOTA D.C.

58160538

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Scanned by TapScanner