CIUDAD: Bogotá

FECHA: 31 de diciembre 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: DIANA MARCELA FONSECA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52.988.812

CONTRATO No.: ADRES-CPS-618-2024

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: 01 de diciembre 2024 **HASTA:** 31 de diciembre 2024

LA SUMA DE: Cinco Millones Setecientos un mil sesenta y seis pesos mda/cte ($5.701.066)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: carrera 81 # 145d 15

TELÉFONO: 3016923893



FIRMA
C.C 52.988.812 de Bogotá

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-618-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DIANA MARCELA FONSECA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRÍGUEZ	**Teléfono / Extensión**	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**	1/12/2024	**Hasta**	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			

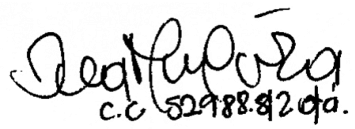
INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES [i]

	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 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 realiza auditoria de los recobros correspondientes a: 1. Consolidado Producción Formato 7	Se adjunta en Excel archivo nombrado: Consolidado Producción Formato 7_Nov. • Validaciones npm28 _auditoria f7.	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	En el periodo de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación.	Se adjunta archivos anteriormente nombrados en la sección de Productos 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 reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados.	Se cumplen las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría formato 7 y correspondiente a Reintegros y duplicados. .	• Se realiza seguimiento de productividad de los auditores de Recobros, correspondiente a la auditoria de Formato 7 y Reintegros.	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 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.	Se cumplen con las metas de respuestas de comunicación y actos administrativos	Se apoya en la realización de actas de las mesas técnicas con las EPS del acta N. 021 a la 027.	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.	se asiste a (1) reuniones y capacitaciones programadas.	Se adjunta archivos PDF nombrados: Reuniones_Capacitaciones_Dic	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	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se evidenciaron situaciones inconsistentes, en el trámite de los paquetes	N/A	N/A

	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.	correspondientes a la Auditoria formato 7.		
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 de objeto de cuenta de cobro no se ejecutó actividades relacionadas con esa obligación	N/A	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 31/12/2024

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
$28.505.330	$22.614.228	$5.701.066	0	$ 190.036

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Cinco Millones Setecientos un mil sesenta y seis pesos mda/cte. ($5.701.066).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	1068262854	$285.100	01/12/2024	31/12/2024	11/12/2024
Pensión	1068262854	$364.900	01/12/2024	31/12/2024	11/12/2024
ARL	1068262854	$12.000	01/12/2024	31/12/2024	11/12/2024

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. 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:

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., 31/12/2024

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

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
ADRES	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

. **Contrato No.**	ADRES CPS-618-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DIANA MARCELA FONSECA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRIGUEZ	**Extensión del Supervisor**	Tel: 4322760 Ext. 1854
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	02/08/2024	**Fecha de Terminación**	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	2/08/2024	**Hasta**	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	N/A			
Suspensión	N/A			
Cesión	N/A			
Terminación	31/12/2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA

CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	$28.505.330
Valor adiciones	$0
Valor total incluidas las adiciones	$28.505.330
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	$22.614.228
Valor Pendiente por pagar al Contratista	$5.701.066
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	$0
Valor a liberar	$190.036
Valor liberado	$0
Valor total ejecutado	$28.315.294

INFORME DE EJECUCIÓN

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros Aseguradora Solidaria de Colombia como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	*FECHA FINAL*
17-46-101042665	CUMPLIMIENTO DEL CONTRATO	$7.126.332,50	01/08/2024	30/06/2025

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
-	-

INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

En el evento que la forma de pago se haya pactado por % de ejecución deberá dilgenciar el siguiente cuadro para cada caso:

OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS
N/A	N/A	N/A	N/A

Existen obligaciones específicas pos-ejecución (Aquella obligación que se extiende más allá del plazo de ejecución y/o de liquidación):

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

OBLIGACIÓN	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN (*)
-	-	-

DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

- El contratista presentó informes de ejecución de las actividades a su cargo, los cuales contaron con el visto bueno del Supervisor(a), de la siguiente manera:

  a) Del período comprendido entre el 02/08/2024 al 31/08/2024
  b) Del período comprendido entre el 01/09/2024 al 30/09/2024
  c) Del período comprendido entre el 01/10/2024 al 31/10/2024
  d) Del período comprendido entre el 01/11/2024 al 30/11/2024
  e) Del período comprendido entre el 01/12/2024 al 31/12/2024

VERIFICACIÓN ENTREGA DE DOCUMENTOS, EQUIPOS Y/O ELEMENTOS

Incluir las obligaciones generales de orden administrativo que implican verificación y entrega de documentos, software, bases de datos, tarjetas de ingreso, carnet, elementos y equipos, etc, de conformidad con los requisitos establecidos para el efecto.

OBLIGACIÓN	VERIFICACIÓN	
	Cumple	No Cumple
Tarjeta de Acceso	☒	☐

De conformidad con lo anterior, LA SUPERVISIÓN CERTIFICA QUE:	
1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con las obligaciones generales especificaciones, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención. 2. Entrego los siguientes productos (Aplica en el evento que se hayá pactado por producto relacionar los mismos y fecha de entrega) 3. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se materializo ninguno de los riesgos	
OBSERVACIONES	No aplica
En constancia, firmo:	WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRÍGUEZ Supervisor (es)/Interventor (es)
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024	

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-12-11, 04:23:06 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068262854

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810486225

PAGADO 11/12/2024

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARCELA FONSECA		
Documento	CC52988812	**Dirección**	CR 81 #145 D - 15
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3016923893
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52988812	DIANA MARCELA FONSECA	59	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 2.280.428	$ 364.900	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.280.428	$ 285.100	0,522	$ 2.280.428	$ 12.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.280.428	$ 13.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 675.700

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.280.428	$ 2.280.428	$ 2.280.428	$ 2.280.428	$ 364.900	$ 285.100	$ 12.000	$ 13.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 675.700	$ 0	$ 675.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

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	2024-12-11, 02:18:17 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	diciembre de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	diciembre de 2024
Empresa	DIANA MARCELA FONSECA
CEDULA CIUDADANIA	CC 52988812
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	8810486225 / 1068262854
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	
Banco	(1052) - BANCO AV VILLAS
Valor	$ 675.700
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	10.0.19.58

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800227940	231001	FDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS COLFONDOS	1	$ 364.900	$ 0
N830003564	EPS017	FAMISANAR	1	$ 285.100	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 12.000	$ 0
N860066942	CCF24	CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR	1	$ 13.700	$ 0

SubTotales:	$ 675.700	$ 0
Total a Pagar:		$ 675.700

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!

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141047594640

(415)7707212489984(8020) 000014104759464 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 8 8 8 1 2	3	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	5 2 9 8 8 8 1 2	

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
FONSECA		DIANA	MARCELA

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 81 145 D 15

42. Correo electrónico dianamarcelaf06@gmail.com

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

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 1 0 1	9 6 0 9	2 0 2 1 0 1 1 9				3 4 1 5	

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 - 06 - 19 / 21 : 56: 59

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 FONSECA DIANA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO