

CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 31/12/2024

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: ANA MARIA GARCIA GUTIERREZ

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 1.013.620.972

CONTRATO No.: ADRES-CPS-329 de 2024

OBJETO: Prestar servicios a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con la pre-radicación y radicación de reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/12/2024

HASTA: 31/12/2024

LA SUMA DE: CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/cte. (\$5.224.448 M/cte.)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CARRERA 39A # 9-77 SUR

TELÉFONO: 3057525708



FIRMA
C.C .1.013.620.972

	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-329-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Ana María García Gutierrez		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Leidy Janeth Luis Cuervo	Teléfono / Extensión	3202744618
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con la pre-radicación y radicación de reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.		
Fecha de Inicio	5/02/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/12/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	CDP No. 583 / N° RP 17107 del 15 08 2024. Adición por valor de 20.897.792 y prórroga hasta el 31/12/2024			
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 las actividades relacionadas con el acompañamiento técnico de la pre-radicación y radicación de las reclamaciones presentadas por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.	Se adelantaron actividades relacionadas con el acompañamiento técnico de la pre-radicación y radicación de las reclamaciones presentadas por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con un total de 58 reclamaciones de correo certificado encontradas en el archivo de nombre: Obligación 1	Obligación 1	N/A

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

2	Realizar la verificación documental y de diligenciamiento de los formularios presentados en las reclamaciones por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993	Se realizó la verificación documental y de diligenciamiento de los formularios presentados en las reclamaciones por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con un total de 14 correos electrónicos, 72 reclamaciones de correo certificado motorizado encontradas en el archivo de nombre: Obligación 2.	Obligación 2.	N/A
3	Proyectar las comunicaciones o respuestas que se requieran emitir durante el trámite de las reclamaciones que son presentadas por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.	Se proyectaron 86 comunicaciones o respuestas requeridas durante el trámite de las reclamaciones presentadas por servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 encontradas en el archivo de nombre: Obligación 3	Obligación 3	N/A
4	Gestionar el insumo para la entrega de las reclamaciones radicadas al operador de custodia documental o a los reclamantes cuando proceda.			N/A
5	Apoyar o gestionar la respuesta a los requerimientos tecnológicos o incidencias que sean reportadas por los reclamantes o que se			

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

	requieran durante el trámite de las reclamaciones y hacer el respectivo seguimiento que permita retroalimentar a los reclamantes cuando Realizar la verificación de las imágenes cargadas en el proceso de radicación de reclamaciones presentadas por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.			
6	Participar o apoyar en las capacitaciones que se desarrollen durante el proceso de radicación de reclamaciones presentadas por concepto de servicios de salud, indemnizaciones y otros gastos con ocasión de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.			
7	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	- Se realizó el envío de 107 comunicaciones encontradas en el archivo Obligación 7 envío 02122024 - Se realizó la captura de 40 radicaciones encontradas en el archivo obligación 7 captura - Se participó de 3 reuniones presenciales encontradas en el	- Obligación 7 envío 22112024 - obligación 7 Captura - obligación 7 reuniones Acompañamientos	

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

		archivo obligación 7 reuniones • Se realizaron 1 acompañamientos encontrados en el archivo Acompañamientos		
--	--	--	--	--

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
\$62.693.376	COP \$ 51.547.887	\$ 5.224.448	0 COP	\$ 5.921.041

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES DOSCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS M/cte. (\$5.224.448 M/cte.)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9478108267	\$ 261.300	1/11/2024	30/11/2024	11/12/2024
Pensión	9478108267	\$ 334.500	1/11/2024	30/11/2024	11/12/2024
ARL	9478108267	\$11.000	1/11/2024	30/11/2024	11/12/2024

El Contratista tiene otros Contratos de Prestación de Servicios:

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

SI ☐ NO ☒

En la eventualidad que la Supervisión verifique que la información suministrada por el Contratista no es consistente o carece de validez, ésta deberá indicar las acciones tomadas:

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

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

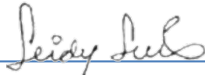
OBSERVACIONES

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:



Leidy Janeth Luis Cuervo

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

Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31/12/2024

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

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1013620972		GARCIA GUTIERREZ ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 39 a 9 77 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4098204	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1118697964	9478108267	I	2024/12/17	2024/12/11	BANCO ITAU	0	\$648,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,090,179	\$334,500			\$2,090,179	\$261,300			\$2,090,179	\$41,900			\$2,090,179	\$11,000		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,090,179	\$334,500			\$2,090,179	\$261,300			\$2,090,179	\$41,900			\$2,090,179	\$11,000		\$0	\$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,090,179	\$334,500			\$2,090,179	\$261,300			\$2,090,179	\$41,900			\$2,090,179	\$11,000		\$0	\$0	
1	CC	1013620972	GARCIA ANA	230301	30	\$2,090,179	\$334,500	EPS008	30	\$2,090,179	\$261,300	CCF24	30	\$2,090,179	\$41,900	14-23	30	\$2,090,179	\$11,000	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,090,179	\$334,500			\$2,090,179	\$261,300			\$2,090,179	\$41,900			\$2,090,179	\$11,000		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1013620972		GARCIA GUTIERREZ ANA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 39 a 9 77 sur	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4098204	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-11	2024-11	1118697964	9478108267	I	2024/12/17	2024/12/11	BANCO ITAU	0	\$648,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$334,500	\$0	\$0	\$334,500	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$334,500	\$0	\$0	\$334,500	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$11,000	\$0	\$0	\$11,000	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$11,000	\$0	\$0	\$11,000	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$41,900	\$0	\$0	\$41,900	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$41,900	\$0	\$0	\$41,900	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$261,300	\$0	\$0	\$261,300	
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	\$261,300	\$0	\$0	\$261,300	
TOTAL				1	\$648,700	\$0	\$0	\$648,700	

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

Contrato No.	ADRES-CPS-329-2024		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	ANA MARIA GARCIA GUTIERREZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Leidy Janeth Luis Cuervo	Teléfono / Extensión	601 432 27 60
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES		
Objeto del Contrato	Prestar servicios a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con la pre-radicación y radicación de reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social.		
Fecha de Inicio	05/02/2024	Fecha de Terminación	31/12/2024

Periodo del Informe de Actividades	Desde	5/02/2024	Hasta	31/12/2024
Adición y/o Prórroga	CDP No. 583 / N° RP 17107 del 15 08 2024. Adición por valor de 20.897.792 y prórroga hasta el 31/12/2024			
Suspensión	n/a			
Cesión	N/A			
Terminación	31 de diciembre de 2024			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA	
CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	\$ 41.795.584
Valor adiciones	\$ 20.897.792
Valor total incluidas las adiciones	\$62.693.376
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	\$51.547.887
Valor Pendiente por pagar al Contratista	\$5.224.448
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	0
Valor a liberar	\$ 5.921.041
Valor liberado	0
Valor total ejecutado	\$ 56.772.335
INFORME DE EJECUCIÓN	

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

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros (SEGUROS DEL ESTADO S.A)como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	FECHA FINAL
994000141066	Poliza cumplimiento de contrato	\$10,448,896.00	01/02/2024	03/03/2025
994000141066	Poliza cumplimiento de contrato	\$15,673,344.00	01/02/2024	05/07/2025

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 diligenciar el siguiente cuadro para cada caso:

OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS

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

SI ☐ NO ☒

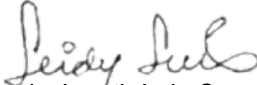
En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

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 periodo comprendido entre el 05/02/2024 al 29/02/2024
 - b) Del periodo comprendido entre el 01/03/2024 al 31/03/2024
 - c) Del periodo comprendido entre el 01/04/2024 al 30/04/2024
 - d) Del periodo comprendido entre el 01/05/2024 al 31/05/2024
 - e) Del periodo comprendido entre el 01/06/2024 al 30/06/2024
 - f) Del periodo comprendido entre el 01/07/2024 al 31/07/2024
 - g) Del periodo comprendido entre el 01/08/2024 al 31/08/2024
 - h) Del periodo comprendido entre el 01/09/2024 al 30/09/2024
 - i) Del periodo comprendido entre el 01/10/2024 al 31/10/2024
 - j) Del periodo comprendido entre el 01/11/2024 al 30/11/2024
 - k) Del periodo comprendido entre el 01/12/2024 al 31/12/2024

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

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
carne, 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 haya 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:		
 Leidy Janeth Luis Cuervo Supervisor (es)/Interventor (es)		
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 31 de diciembre de 2024		



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

Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2024

Nombres y Apellidos	No. Identificación
ANA MARIA GARCIA GUTIERREZ	1013620972

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-329-2024

Fecha de Inicio: 05/02/2024 Fecha de Terminación: 31/12/2024

Valor total del Contrato: \$ 62.693.376Prórroga: SI ☒ NO ☐

Valor por concepto de Honorarios 2024: 5.224.448

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 (*)
R.C	1011263763	Juan José Insuasti Garcia	Hijo

(*) 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.



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

- 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 XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXXX 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:

ANA MARIA GARCIA GUTIERREZ

Cédula de ciudadanía No. 1.013.620.972 de Bogotá

Bogotá D.C., 31 de diciembre 2024

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141139624818			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1013620972				6. DV 2		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico 32			
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1013620972		27. Fecha expedición	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento 169 Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio 11 Bogotá, D.C.		001	
31. Primer apellido GARCIA		32. Segundo apellido GUTIERREZ		33. Primer nombre ANA		34. Otros nombres MARIA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento 169 Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio 11 Bogotá, D.C.		001	
41. Dirección principal CR 39 9 77 SUR							
42. Correo electrónico Anagarcia14600@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3057525708		45. Teléfono 2 6014098204			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8299	47. Fecha inicio actividad 20110801	48. Código 7010	49. Fecha inicio actividad 20210901	50. Código 1 8211	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 549							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 - 10 - 25 / 08 : 16: 17			
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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre GARCIA GUTIERREZ ANA MARIA			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

58060282

NUIP 1011263763

Detos de la oficina de registro - Clase de oficina
Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 1 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 50 BOGOTÁ DC

Detos del inscrito
Primer Apellido INSUASTI Segundo Apellido GARCIA
Nombre(s) JUAN JOSÉ

Fecha de nacimiento Base (en letras) Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2022 Mes 07 Día 05 MASCULINO B POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO 22101410125516

Detos de madre o padre (Para casos de parentesco indicar con línea continuada a pariente del mismo sexo, omitir el pariente que indique los declarantes para el primer apellido del nacido)
Apellidos y nombres completos

GARCIA GUTIERREZ ANA MARIA
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1013620972 Nacionalidad COLOMBIA

Detos de padre o madre (Para casos de parentesco indicar con línea continuada a pariente del mismo sexo, omitir el pariente que indique los declarantes para el segundo apellido del nacido)
Apellidos y nombres completos

INSUASTI IGUA JONATHAN ALEXANDER
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 79965709 Nacionalidad COLOMBIA

Detos del declarante Apellidos y nombres completos

INSUASTI IGUA JONATHAN ALEXANDER
Documento de identificación (Clase y número) CC No. 79965709 Firma Jonathan Insuasti

Detos primer testigo Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Detos segundo testigo Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Nombre y firma del funcionario que autoriza

GABRIEL URIBE ROLDAN

Fecha de inscripción Año 2022 Mes 07 Día 05

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario que autoriza GABRIEL URIBE ROLDAN

Firma

ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADO EN EL LIBRO DE VARIOS 206 FOLIO 191/06/10/2022

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO
NOTARIA

NOTARIA 50 DE BOGOTÁ D.C.
REGISTRO CIVIL
El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada