CIUDAD: Bogotá

FECHA: 3/03/2025

CUENTA DE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 Estatuto Tributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. **NIT:** 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: Aura Milena Corredor Guevara

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

CONTRATO No.: ADRES-CPS-443-2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control 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.ID-124 DOP.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 14/02/2025 **HASTA:** 28/02/2025

LA SUMA DE: TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS m/cte. ($3.424.440,33).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 36F Sur # 3a -06

TELÉFONO: 3004624970



FIRMA
C.C. 1013657275 de Bogotá D.C.

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-443-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	Aura Milena Corredor Guevara		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Heidy Patricia Parra Chavarro	**Teléfono / Extensión**	601 4322760
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control 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 ID-124-DOP		
Fecha de Inicio	14/02/2025	**Fecha de Terminación**	13/10/2025

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	14/02/2025	**Hasta**	28/02/2025
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	Se revisó, se analizó y se verificó soportes de los recobros y reintegros asignados, de acuerdo con los lineamientos dados.	Se adjunta archivos nombrados: En formato PDF: “Reporte diario de Producción BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA DEL 14 AL 21 DE FEBRERO 2025 -14/02/2025”	N/A

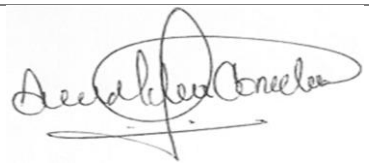
	presupuestos máximos, así como por atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural, conforme los criterios y requisitos previstos en la normativa y manuales vigentes.		“Reporte diario de Producción BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA DEL 14 AL 21 DE FEBRERO 2025” “Reporte diario de Producción BASE DE TRABAJOCAUSALES 1 AL 23 SEPTIEMBRE HOJA 17 DIVERGENCIAS - GLOSA 4004-4006 18/02/2024” “Reporte diario de Producción BASE DE TRABAJOCAUSALES 1 AL 23 SEPTIEMBRE HOJA 17 DIVERGENCIAS - GLOSA 4004-4006 19/02/2025” “Reporte diario de Producción BASE DE TRABAJO CAUSALES 1 AL 23 SEPTIEMBRE HOJA 17 DIVERGENCIAS - GLOSA 3003 20/02/2025” “Reporte diario de Producción BASE DE TRABAJO CAUSALES 1 AL 23 SEPTIEMBRE HOJA 17 DIVERGENCIAS - GLOSA 3003 21/02/2025” “Reporte diario de Producción BASE DE TRABAJO CAUSALES 1 AL 23 SEPTIEMBRE HOJA 17 DIVERGENCIAS - GLOSA 3003 24/02/2025” “Reporte diario de Producción BASE DE TRABAJO CAUSALES 1 AL 23 HOJA 17 DIVERGENCIAS - GLOSA 3401 CTC 25/02/2025” En formato EXCEL:		

			"PRODUCCION AC_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 14 AL 21 FEB 2025-14-02-2025" "PRODUCCION AC_BASE DE TRABAJO HOJA 9 SURA 14 AL 21 FEB 2025-17-02-2025" "PRODUCCION AC_BASE DE TRABAJO CAUSALES 1 AL 23 SEPT HOJA 17 DIVER- GLOSA 4004-4006 19-02-2025" "PRODUCCION AC_BASE DE TRABAJO CAUSALES 1 AL 23 SEPT HOJA 17 DIVER- GLOSA 4004-4006 18-02-2025" "CAUSALES 1 AL 23 SEPTIEMBRE HOJA 17 DIVERGENCIAS - GLOSA 3003 AC" "CAUSALES 1 AL 23 SEPTIEMBRE HOJA 17 DIVERGENCIAS - GLOSA 3003- REVISION" "CONSOLIDACION CAUSALES 1 AL 23 SEPTIEMBRE HOJA 17 DIVERGENCIAS - GLOSA 3003" "CAUSALES 1 AL 23 HOJA 17 DIVERGENCIAS - GLOSA 3401 CTC 25022025"	
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas en las herramientas, sistemas y formatos establecidos de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas para el efecto.	Se registró los resultados de la validación recobros y reintegros asignados por líder en los formatos establecidos.	Se adjuntan archivos anteriormente nombrados en la sección de Producto y/o Entregables, de la obligación contractual número 1.	N/A
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad	Se cumplió y se reportó con las metas establecidas de	Se adjuntan archivos anteriormente nombrados en la sección de Producto y/o	N/A

	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.	productividad solicitadas por líder.	Entregables, de la obligación contractual número 1.	
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC o con los presupuestos máximos, las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos terroristas y catástrofes de origen natural; así como del procedimiento de reintegro de recursos apropiados o	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionas con esta obligación.	N/A	N/A

	reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección.			
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se participó activamente en las capacitaciones y reuniones programadas en el mes.	Se adjunta archivo del pantallazo de calendario: “CAPACITACION-Conversatorio E. Huerfanas: ELA y EM 25022025” “CAPACITACION-RETROALIMENTACION - REINTEGRO 24022025” “CAPACITACION-CASOS PC - SOLICTUD DE ACLARACION-24022025”	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, irregulares, atípicas o posibles casos de intento de fraude al Sistema General de Seguridad Social en Salud.	En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionas con esta 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 de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionas con esta obligación.	N/A	N/A

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



Firma del Contratista
Fecha: 3/03/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP $ 48.345.040	COP $ 0	COP $3.424.440,33	0	COP $44.920.599,67

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de TRES MILLONES CUATROCIENTOS VEINTICUATRO MIL CUATROCIENTOS CUARENTA PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS m/cte. ($3.424.440,33).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	84216695	178.000	01/02/2025	28/02/2025	17/02/2025
Pensión	84216695	227.900	01/02/2025	28/02/2025	17/02/2025
ARL	84216695	7.500	01/02/2025	28/02/2025	17/02/2025

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:

Firmado por Heidy Patricia Parra Chavarro el 04/03/2025 a las 14:09:16 COT

Heidy Patricia Parra Chavarro
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., 3/03/2025

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013657275	AURA MILENA CORREDOR GUEVARA	calle 36F sur # 3a-06	6010000	auriscorredor2095@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		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	
2025-02	2025-02	I	17/02/2025	84216695	$441.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.900	0	0	0	0	0	0		227.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.900	227.900
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.900	441.900

PAGADA

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

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1013657275	AURA MILENA CORREDOR GUEVARA	calle 36F sur # 3a-06	6010000	auriscorredor2095@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-02	2025-02	I	17/02/2025	84216695	$441.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE

No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado
1	CC	1013657275	CORREDOR GUEVARA AURA MILENA	57	0			N

INFORMACIÓN NOVEDADES

No.	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN
1																

PENSIÓN

No.	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia
1	25-14	1.424.000	227.900	0	0	0	0

SALUD / RIESGOS LABORALES

No.	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización
1	EPS017	1.424.000	178.000	14-11	1.424.000	1	7.500

CCF / PARAFISCALES

No.	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CCF24	1.424.000	28.500	0	0	0	0	0

PAGADA

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

ADRES

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

Bogotá D.C., 03 de marzo de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
AURA MILENA CORREDOR GUEVARA	CC 1.013.657.275

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒
Código Actividad Económica 7490, Tarifa ICA 8,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-443-2025
Fecha de Inicio: 14/02/2025 Fecha de Terminación: 13/10/2025
Valor total del Contrato: $48.345.040 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2025: $ 3.424.440,33

Durante el año gravable 2023 fue declarante de renta SI ☐ NO ☒

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.

   En caso de responder si a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.

2. Declaro bajo gravedad de juramento que las personas que a continuación relaciono dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos por el artículo 387 del Estatuto Tributario, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

TIPO DE DOCUMENTO	No. DE DOCUMENTO	NOMBRES Y APELLIDOS	CALIDAD DEPENDIENTE (*)

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

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 XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligacion_____de_____, según certificación del año gravable 2024; 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.

ADRES

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025

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)

9. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, SI ☐ NO ☒ he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad, por lo cual solicito aplicar la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

Atentamente,



Firma:
Aura Milena Corredor Guevara
Cédula de ciudadanía No. 1.013.657.275 de Bogotá
Bogotá D.C., 03/03/2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141153535351

(415)7707212489984(8020) 000014115353535 1

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 3 6 5 7 2 7 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
CORREDOR	GUEVARA	AURA	MILENA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico auriscorredor2095@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 0 4 6 2 4 9 7 0	

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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

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

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CORREDOR GUEVARA AURA MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Salud y diagnóstico
Diamedical ltda

Certificado de Aptitud Laboral Ingreso



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

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

Examenes Realizados

Examen Medico Ocupacional con énfasis Osteomuscular

Concepto

SIN LIMITACIONES O RESTRICCIONES MEDICAS PARA DESEMPEÑAR EL CARGO

Recomendaciones

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

Observaciones

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

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

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

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

AURA MILENA CORREDOR GUEVARA
CC 1013657275

Huella Digital