CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 3-mar-25

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: LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.070.954.939

CONTRATO No.: ADRES-CPS-137-2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES liderando el proceso de auditoría de reclamaciones de personas jurídicas en la definición de criterios de auditoría e implementación, seguimiento y evaluación de los procesos de liquidación, reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni presupuestos máximos y/o servicios complementarios y de 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 en el procedimiento de reintegro de recursos de salud apropiados o reconocidos sin justa causa ID-028-DOP.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1-feb-25 **HASTA:** 28-feb-25

LA SUMA DE: TRECE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($13.780.000) M/CTE).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CARRERA 81 #68b-40

TELÉFONO: 3113584113

Johanna Cardona

FIRMA
C.C 1.070.954.939

Contrato No.	ADRES-CPS-137-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	JHAN PIERO CAMPOS	**Teléfono / Extensión**	4322470/1850
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES liderando el proceso de auditoría de reclamaciones de personas jurídicas en la definición de criterios de auditoría e implementación, seguimiento y evaluación de los procesos de liquidación, reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni presupuestos máximos y/o servicios complementarios y de 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 en el procedimiento de reintegro de recursos de salud apropiados o reconocidos sin justa causa ID-028-DOP.		
Fecha de Inicio	22/01/2025	**Fecha de Terminación**	21/09/2025

Periodo del Informe de Actividades	**Desde**	1/02/2025	**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	Realizar las actividades de seguimiento, implementación, verificación, definición y control de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural,	Se realiza actividades de seguimiento, implementación, verificación, definición y control en la auditoría integral de reclamaciones en las cuales se realiza la verificación y seguimiento de la auditoria efectuada al paquete 29088, 29089 y 29092 propendiendo por el	Se anexa pantallazo de asistencia a capacitación y/o seguimiento.	Ninguna

	terroristas y accidentes de tránsito, de conformidad con el marco normativo vigente y con la observancia y aplicación de los procedimientos de la Dirección de Otras Prestaciones.	cumplimiento de la aplicación de los criterios de auditoria establecidos en la normatividad vigente.		
2	Realizar el acompañamiento jurídico que requiera la Dirección de Otras Prestaciones en la revisión o elaboración de los manuales, procedimientos, relacionados con la auditoría por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito que le sean asignados por el supervisor del contrato.	Se realiza el acompañamiento jurídico requerido por la Dirección de Otras Prestaciones en solicitudes al concepto jurídico respecto a la aplicación del incremento del 25% en derechos de sala de cirugía e interpretación del campo dirección de evento circular 022 y consistencia numérica, el cual define la forma en que se adelanta el proceso de revisión y verificación de los requisitos y condiciones para el reconocimiento y pago de reclamaciones por parte de la ADRES.	Se anexa pantallazo de correo electrónico enviado.	Ninguna
3	Proyectar las respuestas a las peticiones y diferentes requerimientos de los particulares, entes de control y demás autoridades relacionadas con la auditoría por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito que le asigne el supervisor del contrato en el marco del objeto del contrato.	Se proyecta las respuestas a las solicitudes realizadas por parte de GIVRA y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud-IPS en relación con aclaración de dudas de glosas y lineamientos de auditoría de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito.	Se anexa pantallazo de correos enviados con respuesta.	Ninguna.
4	Participar en las reuniones y eventos relacionados con la socialización, implementación y aplicación de los criterios de auditoría a los grupos que participan dentro del proceso de revisión y verificación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito en aquellos casos que le solicite el supervisor del contrato.	Se participó en las reuniones y eventos relacionados con la socialización, implementación y aplicación de los criterios de auditoría de reclamaciones nuevas y de respuesta a glosa al grupo auditor que participa en el proceso de revisión y verificación de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito, cuando se requiera.	Se anexa pantallazo teams de asistencia, capacitación y/o socialización.	Ninguna

5	Realizar las actividades de seguimiento al proceso de verificación de análisis de las reclamaciones o recobros asignados por el coordinador del grupo auditor y propender que estas actividades se realicen conforme a los criterios de auditoría establecidos en la normatividad vigente y el respectivo Manual de Auditoría de la Dirección de Otras Prestaciones.	Se realiza el seguimiento al proceso de verificación de análisis de las reclamaciones en proceso de auditoría al paquete 29088, 29089y 29092, propendiendo por el cumplimiento de la aplicación de los criterios de auditoría establecidos en la normatividad vigente y el respectivo Manual de Auditoría.	Se anexa pantallazo de correo con seguimiento efectuado	Ninguna
6	Verificar el cumplimiento de las actividades relacionadas con el proceso de certificación de los pre Cierres, cierres y comunicación de resultados de los paquetes producto de la auditoría integral por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito conforme los procedimientos y manuales de la Dirección de Otras Prestaciones en los casos que le sean asignados por el Supervisor del Contrato.	Se verifica el cumplimiento de las actividades relacionadas con el proceso de certificación del cierre del paquete 29088 y 29092 productos de la auditoría integral por concepto reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito.	Se anexa pantallazo de correo con visto bueno de certificación de cierre y/o precierre.	Ninguna
7	Tramitar y apoyar al Grupo de Verificación de Auditorias de Cuentas de la Dirección de Otras Prestaciones en las actividades relacionadas con la revisión de las observaciones derivadas de la auditoría integral efectuada a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, así como las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito en los casos asignados por el Supervisor del Contrato	Se realiza trámite y apoyo al Grupo de Verificación de Auditorias de Cuentas en la revisión de las observaciones derivadas de la auditoría integral de reclamaciones a los paquetes 29088 y 29092.	Se anexa pantallazo correo enviado con seguimiento	Ninguna

8	Elaborar los documentos conceptos e informes que se requieran durante el trámite de verificación de los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC ni con los presupuestos máximos, de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito; así como del proceso de reintegro de recursos a favor del sistema por recobros apropiados o reconocidos sin justa causa, que le sean asignados por el supervisor del contrato.	Se elabora respuesta a solicitud realizada por parte de los entes de control y prestadores de servicios de salud acerca de aclaración de dudas de glosas aplicadas en la auditoria y la nueva normatividad que regula el procedimiento de reconocimiento de reclamaciones.	Se anexa pantallazo de correo con respuesta a solicitud.	Ninguna
9	Participar en las reuniones virtuales y /o presenciales en que se solicite su asistencia por la relación de los temas a tratar con las actividades del objeto contractual, bajo la coordinación del supervisor del contrato.	Se participó en las reuniones con IPS para aclaración de dudas relacionadas con la aplicación de glosa en el proceso de auditoría.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión en teams. Se anexa pantallazo de asistencia a reunión en teams.	Ninguna
10	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne la Dirección de Otras Prestaciones.	Se participó en reuniones de café de la dirección Se participó en la constitución del proyecto SIA. Se participó en café ASONESS-estado del proceso de rediseño institucional de la ADRES. Se participó en el rediseño de procesos.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams Se anexa pantallazo de correo enviado con solicitud de apoyo en la logística. Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams	Ninguna

		Se participó en la socialización PAIA 2025.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams	
		Se participó en la continuación revisión módulo FEV RIPS SIIFA. MSPS- ADRES.	Se anexa pantallazo de correo enviado con solicitud.	
		Se participó en el modelamiento de procesos de reconocimiento de prestación de servicios	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams	
		Se participó en la reunión de abogado de la DOP.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams	
		Se participó en la reunión con DOP.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams	
		Se Participó en el comité de Seguridad Vial Troncal.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams	
		Se participó en el taller del manejo de emociones.	Se anexa pantallazo de asistencia a reunión a través de la plataforma Microsoft Teams	
		Se participó en los casos de determinación del Deudor planteados en la reunión de capacitación campos FURIPS- 1 FURTRAN.	Se anexa pantallazo de correo enviado con solicitud.	

		Se realizó propuesta de actas de reunión.	Se anexa pantallazo de correo enviado con solicitud.	
		Se socializo valor de la UVT.	Se anexa pantallazo de correo enviado con solicitud.	
		Se socializo los procesos de producción y tiempos de entrega 2023-2024.	Se anexa pantallazo de correo enviado con solicitud.	

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

Johanna Cardona

Firma del Contratista
Fecha: 3/03/2025

BALANCE ECONÓMICO				
Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	**Valor Pagado**	**Valor a Pagar**	**Saldo Liberado**	**Saldo por Pagar**
110.240.000	**4.134.000**	**13.780.000**	**0**	**92.326.000**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de TRECE MILLONES SETECIENTOS OCHENTA MIL PESOS ($**13.780.000**) M/CTE).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	**PLANILLA No.**	**VALOR**	**PERIODO**		**FECHA DE PAGO**
			DESDE	**HASTA**	
Salud	9482182870	$689.000	01/02/2025	28/02/2025	25/02/2025

Pensión	9482182870	$882.000	01/02/2025	28/02/2025	25/02/2025
ARL	9482182870	$28.800	01/02/2025	28/02/2025	25/02/2025

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: 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	Ninguna.
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 Jhan Piero Campos Cuellar el 21/03/2025 a las 07:41:25 COT

JHAN PIERO CAMPOS
Supervisor (es)/Interventor (es)

En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectué 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.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070954939		CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81 nro 68b 40 piso 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3113584113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1290563684	9482182870	I	2025/03/11	2025/02/25	BANCOLOMBIA	0	$1,710,100

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)					$5,512,000	$882,000			$5,512,000	$689,000			$5,512,000	$110,300			$5,512,000	$28,800		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,512,000	$882,000			$5,512,000	$689,000			$5,512,000	$110,300			$5,512,000	$28,800		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,512,000	$882,000			$5,512,000	$689,000			$5,512,000	$110,300			$5,512,000	$28,800		$0	$0
1	CC	1070954939 CARDONA LEIDY	25-14	30	$5,512,000	$882,000	EPS008	30	$5,512,000	$689,000	CCF24	30	$5,512,000	$110,300	14-23	30	$5,512,000	$28,800	30	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$5,512,000	$882,000			$5,512,000	$689,000			$5,512,000	$110,300			$5,512,000	$28,800		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1070954939		CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 81 nro 68b 40 piso 2	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3113584113	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-02	2025-02	1290563684	9482182870	I	2025/03/11	2025/02/25	BANCOLOMBIA	0	$1,710,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$882,000	$0	$0	$882,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$882,000	$0	$0	$882,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,800	$0	$0	$28,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$28,800	$0	$0	$28,800
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$110,300	$0	$0	$110,300
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$110,300	$0	$0	$110,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$689,000	$0	$0	$689,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$689,000	$0	$0	$689,000
TOTAL				**1**	**$1,710,100**	**$0**	**$0**	**$1,710,100**

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
LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA	1.070.954.939

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒ Adjuntar RUT donde se evidencia responsabilidad de **IVA**
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒ Adjuntar RUT donde se evidencia que pertenece a **RÉGIMEN SIMPLE**
Código Actividad Económica 8299, Tarifa ICA 9.66 ver actividades_codigo_ciiu_2022_revision_4_dane.xlsx (**tomar tarifas año 2024 del archivo)**
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-137-2025
Fecha de Inicio: 22/01/2025 Fecha de Terminación: 21/09/2025
Valor total del Contrato: $110.240.000 Prórroga: SI ☐ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2025: 13.780.000

Durante el año gravable 2023 fue declarante de renta SI ☒ NO ☐ **Diligenciar opción correspondiente obligatoriamente.**

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

   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

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

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 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, Obligacion2344546-4 de (Banco AV Villas), 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 Skandia Pensiones y Cesantías S.A la suma de ($ 1.000.0000), 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.

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 ($153.930), (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. **Diligenciar opción correspondiente obligatoriamente**.

Atentamente,

Atentamente,

Yohanna Cardona

_____
Firma:
Leidy Yohanna Cardona Bayona
Cédula de ciudadanía No. 1070954939 de Bogotá
Bogotá D.C., 03/03/2025

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14745447107

(415)7707212489984(8020) 000001474544710 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 0 9 5 4 9 3 9	1	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 7 0 9 5 4 9 3 9	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Facatativá 2 6 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARDONA	BAYONA	LEIDY	YOHANA

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 80 69 07 PRIMER PISO

42. Correo electrónico: leyocaba@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 3 5 8 4 1 1 3	3 1 4 4 8 6 8 7 7 1

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
8 6 9 2	2 0 1 6 0 2 0 1	8 2 9 9	2 0 1 7 0 1 0 1			2 2 2 4	

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

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: 7

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 CUESTA VALOYES FELISA

985. Cargo Analista III

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

compensar | salud
Plan Complementario

CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR

COMPENSAR EPS

Nit. 860.066942-7

Certifica

El(la) señor(a) LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1070954939, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parent	Estado	Vigencia	Plan	Valor Mensual
LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA	CC - 1070954939	TR	Vigente a la fecha	Desde 01/09/2024 Hasta 31/08/2025	PC ESPECIAL CON POS	$ 153.930
					Total Mensual Grupo Familiar	**$ 153.930**

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 3 días del mes de marzo de 2025.

Observaciones:

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: TRANSACCIONES EN LINEA CER-PAS 13389034

VIGILADO Supersalud
Vigilado Supersubsidio

Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Fondo Voluntario de Pensión Skandia Multifund

Certifica

A quien interese

Que LEIDY YOHANNA CARDONA BAYONA identificada con cédula de ciudadanía número 1070954939 es partícipe en FONDO VOLUNTARIO DE PENSIÓN SKANDIA MULTIFUND bajo la afiliación número 100003925883 , vigente desde el 24 de Julio de 2017.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 3 de Marzo de 2025.

Atentamente,



WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

PORTAL-20250303-17:18-23672347

Skandia Fiduciaria S.A. asume exclusivamente la responsabilidad del cumplimiento de las obligaciones relacionadas con el presente contrato frente al consumidor financiero.

BANCO COMERCIAL AV VILLAS
NIT: 860.035.827-5

CERTIFICACIÓN DE CRÉDITO HIPOTECARIO

Que CARDONA BAYONA LEIDY YOHANNA identificado con CC. No 1,070,954,939 tienen con el BANCO AVVILLAS un CRÉDITO HIPOTECARIO PESOS número: 2344546 - 4 , que a diciembre 31 de 2023 presenta el siguiente estado:

Fecha de desembolso	2018/04/10
Monto original del préstamo	$63,000,000.00
Saldo capital a Diciembre 31 de 2022	$50,708,457.00
Saldo capital a Diciembre 31 de 2023	$47,518,496.00
Saldo cuenta por cobrar a Diciembre 31 de 2023	$0.00
Valor pagado por corrección monetaria - UVR	$0.00
Valor pagado por intereses	$6,278,818.00
Total pagado por todo concepto por el deudor	$7,543,271.00
Alivio Gobierno Nacional decreto 1143 de 2009	$1,935,612.00
Total pagado por todo concepto	$9,478,883.00
Numero de Cuotas pagadas en el año	12
Intereses causados no pagados	$339,101.00
Valor Total deducible (D.R. 331/76)	$4,343,206.00

IMPORTANTE

De acuerdo con el Artículo 119 del Estatuto Tributario, la deducción de los Créditos para Adquisición de Vivienda estará limitada a $50,894,000.00

Se expide esta certificación el 2024/02/19

No requiere Firma (Articulo 10 D.R. 836/91)

Revisor Fiscal: KPMG S.A.S. PBX: (571) 618 81 00, Calle 90 No. 19 C 74, A.A. No.9122 de Bogotá D.C. Si desea dirigirse al Defensor del Consumidor Financiero del Banco AV Villas José Federico Ustáriz González o Juan Manuel Calderón Cuello, para atención Personalizada: En Bogotá en la Carrera 11 A No. 96 - 51 Oficina 203 en un horario de 8:00 a.m. a 6:00 p.m. de lunes a viernes. Atención telefónica: (601) 6108161 / 317 4382342 en los mismos horarios. A través de medios electrónicos: Radica tu queja directamente en la Defensoría del Consumidor Financiero, en un horario 24/7 a través de los siguientes medios: Correo Electrónico: defensoravvillas@ustarizabogados.com Página Web: https://ustarizabogados.com/, APP Defensoría: https://legalcrc.com/app-dcf/.