

CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 1/04/2025

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: GINA PAOLA GORDILLO CLAVIJO

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 53.160.764

CONTRATO No.: ADRES-CPS-490 de 2025

OBJETO: Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago 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; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes. ID-064-DOP

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/03/2025 HASTA: 31/03/2025

LA SUMA DE: Cuatro millones setecientos veinte mil quinientos ocho pesos M/CTE. (\$ 4.720.508)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 12C # 71C-30

TELÉFONO: 3232905449

Gina Paola Gordillo C.

FIRMA
C.C .53160764

	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-490-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	GINA PAOLA GORDILLO CLAVIJO		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ	Teléfono / Extensión	6014322760
Dependencia	Dirección Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las actividades relacionadas con los procesos de reconocimiento y pago 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; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes. ID-064-DOP		
Fecha de Inicio	26/02/2025	Fecha de Terminación	25/10/2025

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/03/2025	Hasta	31/03/2025
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 la revisión y verificación de la correcta aplicación de los criterios de auditoria establecidos del conjunto de cuentas y los soportes presentados ante la ADRES por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC ni presupuestos máximos y/o servicios complementarios, así como, por reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT 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; lo anterior, conforme a lo	Se apoyo en la validación de los criterios de auditoria establecidos en cuentas y soportes presentados ante la ADRES de cada una de las reclamaciones para su reconocimiento y pago, validación asignada por el componente Financiero; relacionada en el archivo de trabajo. ASIGNACION FINANCIERO_RG76 El cual contenía (364) reclamaciones y (595) ítems PAQUETE 29074	Se anexa archivo en Excel ; ASIGNACION FINANCIERO_RG76 Subcarpeta: OBLIGACION1 Se anexa archivo en Excel ; PAQUETE 29074 Subcarpeta:	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

	<p>establecido en la normatividad y manuales vigentes en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por la respectiva Coordinación de Grupo.</p>	<p>El cual contenía (90) reclamaciones y (90) ítems</p> <p>PAQUETE G75 El cual contenía (7) reclamaciones y (7) ítems</p> <p>ASIGNACION 29047 El cual contenía (90) reclamaciones y (90) ítems</p> <p>ASIGNACION G79 El cual contenía (139) reclamaciones y (163) ítems</p>	<p>OBLIGACION1</p> <p>Se anexa archivo en Excel ;</p> <p>PAQUETE G75</p> <p>Subcarpeta: OBLIGACION1</p> <p>Se anexa archivo en Excel ;</p> <p>ASIGNACION 29047</p> <p>Subcarpeta: OBLIGACION1</p> <p>Se anexa archivo en Excel</p> <p>ASIGNACION G79</p> <p>Subcarpeta: OBLIGACION1</p>	
2	<p>Cumplir con las metas de productividad en el proceso de la verificación y auditoría de recobros, reclamaciones y cuentas que le sean asignadas para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.</p>	<p>Se apoyo en la validación de los criterios de auditoria establecidos en cuentas y soportes presentados ante la ADRES de cada una de las reclamaciones para su reconocimiento y pago, validación asignada por el componente financiero; relacionada en el archivo de trabajo.</p> <p>ASIGNACION FINANCIERO_RG76</p> <p>El cual contenía (364) reclamaciones y (595) ítems</p> <p>PAQUETE 29074</p> <p>El cual contenía (90) reclamaciones y (90) ítems</p> <p>PAQUETE G75</p>	<p>Se anexa archivo en Excel ;</p> <p>ASIGNACION FINANCIERO_RG76</p> <p>Subcarpeta: OBLIGACION2</p> <p>Se anexa archivo en Excel ;</p> <p>PAQUETE 29074</p> <p>Subcarpeta: OBLIGACION2</p> <p>Se anexa archivo en Excel ;</p> <p>PAQUETE G75</p>	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

		<p>El cual contenía (7) reclamaciones y (7) ítems</p> <p>ASIGNACION 29047 El cual contenía (90) reclamaciones y (90) ítems</p> <p>ASIGNACION G79 El cual contenía (139) reclamaciones y (163) ítems</p>	<p>Subcarpeta: OBLIGACION2</p> <p>Se anexa archivo en Excel ; ASIGNACION 29047</p> <p>Subcarpeta: OBLIGACION2</p> <p>Se anexa archivo en Excel</p> <p>ASIGNACION G79</p> <p>Subcarpeta: OBLIGACION2</p>	
3	Apoyar en la elaboración de oficios y demás documentos que se requieran durante el trámite de verificación de las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas.	<p>Se apoyo en la validación de los criterios de auditoria establecidos en cuentas y soportes presentados ante la ADRES de cada una de las reclamaciones para su reconocimiento y pago, validación asignada por el componente financiero; relacionada en el archivo de trabajo.</p> <p>ASIGNACION FINANCIERO_RG76</p> <p>El cual contenía (364) reclamaciones y (595) ítems</p> <p>PAQUETE 29074</p> <p>El cual contenía (90) reclamaciones y (90) ítems</p> <p>PAQUETE G75 El cual contenía (7) reclamaciones y (7) ítems</p> <p>ASIGNACION 29047 El cual contenía (90) reclamaciones y (90) ítems</p> <p>ASIGNACION G79 El cual contenía (139) reclamaciones y (163) ítems</p>	<p>Se anexa archivo en Excel ; ASIGNACION FINANCIERO_RG76</p> <p>Subcarpeta: OBLIGACION3</p> <p>Se anexa archivo en Excel ; PAQUETE 29074</p> <p>Subcarpeta: OBLIGACION3</p> <p>Se anexa archivo en Excel ; PAQUETE G75</p> <p>Subcarpeta: OBLIGACION3</p> <p>Se anexa archivo en Excel ; ASIGNACION 29047</p>	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

			Subcarpeta: OBLIGACION3 Se anexa archivo en Excel ASIGNACION G79 Subcarpeta: OBLIGACION2	
4	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.5.	capacitación 29074 RG68 Modalidad: virtual Horario: 10:00 – 11:30 Capacitación financiera G75 Modalidad: virtual Horario: 9;00– 10:15 capacitación G79 Modalidad: virtual Horario: 10:00– 10:30 capacitación RG76 Modalidad: virtual Horario: 16:00– 17:00 Inducción y reinducción otras prestaciones Modalidad: virtual Horario: 14:30– 15:30	Se anexa archivo capacitación 29074 RG68 Modalidad: virtual Horario: 10:00 – 11:30 Capacitación financiera G75 Modalidad: virtual Horario: 9;00– 10:15 capacitación G79 Modalidad: virtual Horario: 10:00– 10:30 capacitación RG76 Modalidad: virtual Horario: 16:00– 17:00 Inducción y reinducción otras prestaciones Modalidad: virtual Horario: 14:30– 15:30	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

5	Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala identificada en la revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo observado en su labor de verificación.6.	Para el periodo en mención no se asignó tareas correspondientes a esta obligación	N/A	N/A
6	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	Para el periodo en mención no se asignó tareas correspondientes a esta obligación	N/A	N/A

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

Graciela Paola Gardillo C.

Firma del Contratista

Fecha: 1/04/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$ 37.764.064	\$ 786.751,33	\$ 4.720.508	\$0	\$ 32.256.804,67

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de cuatro millones setecientos veinte mil quinientos ocho pesos M/CTE. (\$ 4.720.508)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES					
Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	85233587	\$236.300	01/03/2025	31/03/2025	26/03/2025
Pensión	85233587	\$302.400	01/03/2025	31/03/2025	26/03/2025
ARL	85233587	\$9.900	01/03/2025	31/03/2025	26/03/2025

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

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

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 Camilo
Alberto Alfaro Jimenez
el 01/04/2025 a las
09:51:12 COT

CAMILO ALBERTO ALFARO JIMENEZ
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/04/2025

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	26/03/2025	85233587	\$548.600	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	236.300	0		0		0	0	0	0	236.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	302.400	0	0	0	0	0	0		302.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.900				9.900	0	0	9.900			99	9.900	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	236.300	236.300
Pensión	1	302.400	302.400
Riesgos Laborales	1	9.900	9.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	548.600	548.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	53160764	GINA PAOLA GORDILLO CLAVIJO		Calle 12c # 71c - 30	4623402	Rubianopaola70@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-03	2025-03	I	26/03/2025	85233587	\$548.600

DETALLE POR COTIZANTE																																																
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres					Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IDE	MA	MA	MA	MA	MA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN						
1	CC	53160764	GORDILLO CLAVIJO GINA PAOLA					59	0		N																	230301	1.890.000	302.400	0	0	0	0	EPS008	1.890.000	236.300	14-23	1.890.000	1	9.900		0	0	0	0	0	0

PAGADA



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

Bogotá D.C., 01 de abril de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
GINA PAOLA GORDILLO CLAVIJO	53.160.764

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-490-2025

Fecha de Inicio: 26/02/2025 Fecha de Terminación: 25/10/2025

Valor total del Contrato: \$ 37.764.064 Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$ 4.720.508

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 (*)
T.I	1013276633	JUAN PABLO GONZALEZ GORDILLO	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 XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.
- 4. Declaro bajo gravedad de juramento, que a la fecha tengo vigente un crédito hipotecario para adquisición de vivienda, Obligación _____ de _____, según certificación del año gravable 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.



**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.

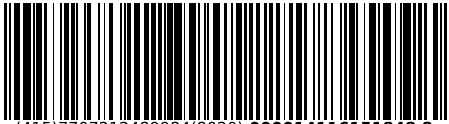
7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (\$), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales
8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en 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,

Gnd Paola Gaidullo c .

Firma:

Cédula de ciudadanía No. 53.160.764 de Bogotá
Bogotá D.C., 01/04/2025

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141161518488			
				 (415)7707212489984(8020) 000014116151848 8			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 3 1 6 0 7 6 4		6. DV 7		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 5 3 1 6 0 7 6 4			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Bogotá D.C. 1 1		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
31. Primer apellido GORDILLO		32. Segundo apellido CLAVIJO		33. Primer nombre GINA		34. Otros nombres PAOLA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
41. Dirección principal CL 12 C 71 C 30							
42. Correo electrónico rubianopaola70@gmail.com							
43. Código postal		44. Teléfono 1 3 2 3 2 9 0 5 4 4 0		45. Teléfono 2 3 2 3 2 9 0 5 4 4 9			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 4 9 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 5, 0 2, 1 2	48. Código 6 8 1 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 2 4, 0 4, 0 2	50. Código 1 2	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
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			
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 GORDILLO CLAVIJO GINA PAOLA 985. Cargo CONTRIBUYENTE			

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.276.633**

GONZALEZ GORRIBLO

APELLIDOS

JUAN PABLO

NOMBRES

Juan P Gonzalez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO

12-OCT-2014

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

12-OCT-2032

FECHA DE VENCIMIENTO

O+

GS RH

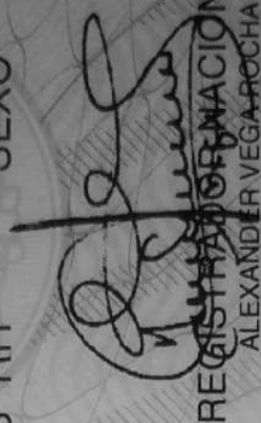
M

SEXO

12-ABR-2022 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

ÍNDICE DERECHO


REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-1500150-01292044-M-1013276633-20220427

0078909749A 1

8504528001