

	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-445-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	HEIDY PATRICIA PARRA CHAVARRO	Teléfono / Extensión	601432276 0
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-126-DOP		
Fecha de Inicio	14/02/2025	Fecha de Terminación	13/10/2025

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	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 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	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación.	N/A	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

	normativa y manuales vigentes.			
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.	<ol style="list-style-type: none"> Se realizó verificación y auditoría de archivo BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA 5001 DEL 03 AL 7 DE MARZO, 1260 ítems Se realizó verificación y auditoría de archivo BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA 5001 DEL 10 AL 14 DE MARZO, 1500 ítems Se realizó verificación y auditoría de archivo BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA 5001 DEL 17 DE MARZO, 130 ítems Se realizó verificación y auditoría de archivo BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA 5001 DEL 18 AL 19 DE MARZO, 357 ítems Se realizó verificación y auditoría de archivo BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA AUD60001 DEL 20 AL 21 DE MARZO, 494 ítems Se realizó verificación y auditoría de archivo BASE DE REINTEGRO 27062023 CAUSAL 15 - GLOSA AUD60001 DEL 25 AL 28 DE MARZO, 1125 ítems 	<p>Archivo Obligación 2</p> <p>Archivo Obligación 2</p> <p>Archivo Obligación 2</p> <p>Archivo Obligación 2</p> <p>Archivo Obligación 2</p> <p>Archivo Obligación 2</p>	N/A
3	Cumplir y reportar las metas de productividad y calidad que se fijan 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.	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación.		N/A
4	Apoyar en la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos, insumos, informes, apoyos, bases de datos y demás documentos que se requieran durante el trámite de las cuentas de	Durante el periodo no se asignaron actividades relacionadas con esta obligación.	Incluir el producto recibido o N/A según sea el caso.	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

	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 reconocidos sin justa causa que adelanta la dirección.			
5	Participar en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se asistió a las siguientes reuniones en el mes de marzo 2025: 1. Lunes 03 de marzo, 09:30 a.m. Capacitación Capítulo VI Manual de Recobros 2. Jueves 20 de marzo, 12:45p.m. capacitación base de trabajo glosa AUD60001 3. Jueves 20 de marzo, 14:30 p.m. Inducción y Reinducción DOP.	Archivo Obligación 5	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.	N/A	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.	N/A	N/A	N/A

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

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



Firma del Contratista

Fecha: 1/04/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
\$ 48.345.040	\$ 3.424.440,33	\$ 6.043.130	\$ 0	\$ 38.877.469,67

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma Seis millones cuarenta y tres mil ciento treinta pesos M/CTE. (\$6.043.130)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES					
Mes de ejecución contractual					
CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9483116649	\$178.000	01/02/2025	28/02/2025	13/03/2025
Pensión	9483116649	\$227.800	01/02/2025	28/02/2025	13/03/2025
ARL	9483116649	\$7.500	01/02/2025	28/02/2025	13/03/2025

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

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	<ol style="list-style-type: none"> 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. <ol style="list-style-type: none"> 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

	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>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</p> <p>5. En caso de primer pago debe aportar:</p> <p>a. Los soportes relacionados en el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente.</p>
<p>En constancia, firmo:</p>	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;"> <p>Firmado por Heidy Patricia Parra Chavarro el 01/04/2025 a las 11:07:02 COT</p> </div> </div> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">HEIDY PATRICIA PARRA CHAVARRO Supervisor (es)/Interventor (es)</p> <p>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.</p> <p>Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/04/2025</p>

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

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: MARTHA CAROLINA ANGULO POSSE

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 1.110.460.851

CONTRATO No.: ADRES-CPS-445 de 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-126-DOP

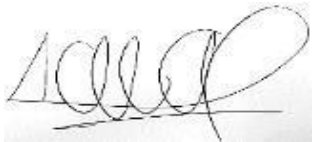
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/03/2025 HASTA: 31/03/2025

LA SUMA DE: Seis millones cuarenta y tres mil ciento treinta pesos M/CTE. (\$6.043.130)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 18 # 20-51

TELÉFONO: 3124142010



FIRMA
C.C .1110460851

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110460851		ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 15 #28-20	FUNZA-CUNDINAMARCA	3009991	No

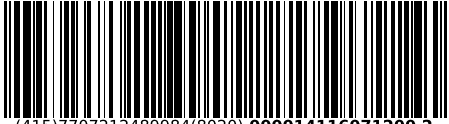
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-02	2025-02	1333501372		9483116649	I	2025/03/13	2025/03/13	NEQUI	\$441,800

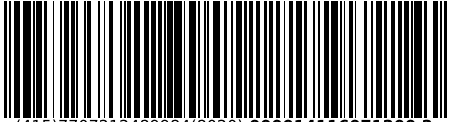
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0	
Ciudad: FUNZA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0	
1	CC	1110460851	ANGULO MARTHA	231001	30	\$1,423,500	\$227,800	EPS037	30	\$1,423,500	\$178,000	CCF24	30	\$1,423,500	\$28,500	14-23	30	\$1,423,500	\$7,500	30	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$1,423,500	\$227,800			\$1,423,500	\$178,000			\$1,423,500	\$28,500			\$1,423,500	\$7,500		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1110460851		ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 15 #28-20	FUNZA-CUNDINAMARCA	3009991	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-02	2025-02	1333501372		9483116649	I	2025/03/13	2025/03/13	NEQUI	\$441,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	\$227,800	\$0	\$0	\$227,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$7,500	\$0	\$0	\$7,500	
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	\$28,500	\$0	\$0	\$28,500	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	\$178,000	\$0	\$0	\$178,000	
TOTAL				1	\$441,800	\$0	\$0	\$441,800	

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
Espacio reservado para la DIAN				Página 2 de 3 Hoja 2			
				4. Número de formulario 141160712002			
 (415)7707212489984(8020) 000014116071200 2							
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 1 1 0 4 6 0 8 5 1		4		Impuestos de Bogotá		3 2	
Características y formas de las organizaciones							
62. Naturaleza		63. Formas asociativas		64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados			
65. Fondos		66. Cooperativas		67. Sociedades y organismos extranjeros			
68. Sin personería jurídica		69. Otras organizaciones no clasificadas		70. Beneficio			
Constitución, Registro y Última Reforma				Composición del Capital			
Documento		1. Constitución		2. Reforma			
71. Clase		0 9				82. Nacional	
72. Número							
73. Fecha		2 0 0 8 0 1 2 9				83. Nacional público	
74. Número de notaría							
75. Entidad de registro		0 3				84. Nacional privado	
76. Fecha de registro		2 0 0 8 0 1 2 9					
77. No. Matrícula mercantil		1 8 8 0 3 3				85. Extranjero	
78. Departamento		7 3					
79. Ciudad/Municipio		1 6				86. Extranjero público	
Vigencia							
80. Desde						87. Extranjero privado	
81. Hasta							
Entidad de vigilancia y control							
88. Entidad de vigilancia y control							
Estado y Beneficio							
Item	89. Estado actual	90. Fecha cambio de estado	91. Número de Identificación Tributaria (NIT)	92. DV			
1				-			
2				-			
3				-			
4				-			
5				-			
Vinculación económica							
93. Vinculación económica	94. Nombre del grupo económico y/o empresarial			95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante		96. DV.	
97. Nombre o razón social de la matriz o controlante							
170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior		171. País		172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP			
173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP							

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario Establecimientos		Página 3 de 3 Hoja 6		001	
Espacio reservado para la DIAN				4. Número de formulario 141160712002			
				 (415)7707212489984(8020) 000014116071200 2			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
1 1 1 0 4 6 0 8 5 1		4		Impuestos de Bogotá		3 2	
Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros							
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica					
Establecimiento de comerci 0 2		Comercio de partes, piezas (autopartes) y accesorios (lujos) para vehículo 4 5 3 0					
162. Nombre del establecimiento							
BOUTIQUE AUTOMOTRIZ 180°							
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio					
Tolima 7 3		Ibagué 0 0 1					
165. Dirección							
CR 7 27 A 15 BRR BELALCAZAR							
166. Número de matrícula mercantil				167. Fecha de la matrícula mercantil			
1 8 8 0 3 4				2 0 0 8 0 1 2 9			
168. Teléfono				169. Fecha de cierre			
3 2 1 3 7 5 0 3 9 7							
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica					
162. Nombre del establecimiento							
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio					
165. Dirección							
166. Número de matrícula mercantil				167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono				169. Fecha de cierre			
160. Tipo de establecimiento		161. Actividad económica					
162. Nombre del establecimiento:							
163. Departamento		164. Ciudad/Municipio					
165. Dirección							
166. Número de matrícula mercantil				167. Fecha de la matrícula mercantil			
168. Teléfono				169. Fecha de cierre			



**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
Martha Carolina Angulo Posse	1.110.460.851

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-445-2025

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: \$ 6.043.130

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 (*)
RC	1034670710	Emmanuel Suarez Angulo	Hijo

(*) 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,

Firma:
Cédula de ciudadanía No. 1.110.460.851
Bogotá D.C., 01/04/2025

NUIP 1034670710

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

55269030



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 49 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A Z F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Datos del inscrito

Primer Apellido

SUAREZ

Segundo Apellido

ANGULO

Nombre(s)

EMMANUEL

Fecha de nacimiento

Año 2018 Mes SEP Día 23

Sexo (en letras)

MASCULINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA BOGOTA D C

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

14971869-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

ANGULO POSSE MARTHA CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 1110460851 de IBAGUE

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SUAREZ NUÑEZ PAULO GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 80070854 de BOGOTA D C

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SUAREZ NUÑEZ PAULO GIOVANNY

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 80070854 de BOGOTA D C

Firma

X [Firma]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

No. 0 de 0

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

No. 0 de 0

Firma

Fecha de inscripción

Año 2018 Mes OCT Día 04

Nombre y firma del funcionario que autoriza

JESUS GERMAN RUSINQUE FORERO

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

