| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | ADRES – CPS 081-2020 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ | | |
| **Nombre del Supervisor y/o Interventor** | MAYRA ALEJANDRA PEREZ BEJARANO | **Teléfono / Extensión** | 4322760 Ext. 1850 |
| **Dependencia** | Dirección de Otras Prestaciones | | |
| **Objeto del Contrato** | Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios, así como apoyar a la Dirección en las actividades que se deriven del proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre cierre y cierre de los paquetes. | | |
| **Fecha de Inicio** | 24/01/2020 | **Fecha de Terminación** | 31/12/2020 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Periodo del Informe de Actividades** | **Desde** | 1/08/2020 | **Hasta** | 31/08/2020 |
| **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 | Analizar las reclamaciones, recobros o cuentas que le sean asignadas junto con los respectivos soportes. | Se realizó el análisis de (68) reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: ‘‘MUESTRA DE CALIDAD 25020_Consolidado(68)”<br><br>Se realizó el análisis de (4) reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: ‘‘No Conformidades _ Pqt-1_25026 Reclamaciones Personas Juridicas _ Grupo Interno ADRES(4)” | Se anexa soporte de archivos en Excel | N/A |
| 2 | Llevar a cabo la verificación de los soportes requeridos para la presentación de los documentos aportados por el reclamante y emitir observaciones a las causales de objeción | Se realizó la verificación de los soportes de (68) reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: ‘‘MUESTRA DE CALIDAD 25020_Consolidado(68)” | Se anexa soporte de archivos en Excel | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | aplicables por este concepto cuando haya lugar. | Se realizó la verificación de los soportes de (4) reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: ‘‘No Conformidades _ Pqt-1_25026 Reclamaciones Personas Juridicas _ Grupo Interno ADRES(4)” | | |
| 3 | Registrar los resultados de las tareas adelantadas, en las herramientas de sistemas y/o formatos aplicables, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato. | Se realizó el registro de los resultados de (68) reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: “MUESTRA DE CALIDAD 25020_Consolidado(68)”<br><br>Se realizó el registro de los resultados de (4) reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: “No Conformidades _ Pqt-1_25026 Reclamaciones Personas Juridicas _ Grupo Interno ADRES(4)”<br><br>Se realizó el registro de los resultados de (38) reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: “Correccion_Muestra de calidad_25020(38)” | Se anexa soporte de archivos en Excel | N/A |
| 4 | Adelantar las actividades relacionadas con el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, que el supervisor le asigne, en virtud del artículo 7º de la Ley 1949 de 2019. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A |
| 5 | Realizar las actividades relacionadas con el alistamiento de la información para el pre cierre y cierre de los paquetes de recobros y reclamaciones y/o cuentas que le sean asignadas. | Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 721 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: “Universo_E.S.E_Hospita Moncaleano_(721)”<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 59 | Se anexa soporte de archivos en Excel. | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Pre cierre_25026_(59R)Calidad"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 202 reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "MUESTRA DE CALIDAD 25020_Consolidado(202)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 4765 reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Precierre_25020_U_(4765)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 29689 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Distribucion_Consistencia_Urgencia_G1(29689)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 29689 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Distribucion_Pertinencia_Urgencia_G1(29689)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 445 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Consolidado_Muestra_int_Calidad_DistribucionG1_Urgencias(445)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 1479 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Corregir Glosa_y_o_Plantilla Distribucion_G1_2do (1479)" | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 1538 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Corregir Glosa_y_o_Plantilla Distribucion_G1(1538)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 282 reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Sin estado en aplicativo_05Agosto(282)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 3846 reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Pre cierre_25025_Calidad(3846)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 278 reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Corregir Observaciones_Corte 10Agosto_G2Urgencias_(278)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 630 reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Corregir Observaciones_Corte 17Agosto_G2Urgencias (630)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 533 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Corregir Observaciones_Corte 24Agosto_G2Urgencias(533)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 66 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Corregir Observaciones_Corte 27Agosto_G2Urgencias(66)" | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 56522 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Distribucion_Nvas_Urgencias_G2_Consolidado(56522)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 335 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Muestra_Calidad_Urgencias_G2_04_Agosto(335)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 1231 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Muestra_Calidad_Urgencias_G2_05 y 06_Agosto(1231)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 596 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Muestra_Calidad_Urgencias_G2_10_Agosto(596)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 1218 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Muestra_Calidad_Urgencias_G2_11 y 12_Agosto(1218)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 9397 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Precierre_Calidad_G2_25028 (9397)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 20346 item de reclamaciones | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | correspondientes a personas juridicas archivo: "Distribucion_Nvas_G3_Consolidado(20346)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 100 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Muestra_Calidad_G3_24Agosto (100)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 138 item de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Muestra_Calidad_G3_25Agosto (138)"<br><br>Se realiza las actividades de validacion de consistencia a 325 tem de reclamaciones correspondientes a personas juridicas archivo: "Muestra_Calidad_G3_26 y 27 Agosto(325)" | | |
| 6 | Brindar apoyo a la gestión en las actividades de seguimiento y monitoreo del proceso de Recobros y Reclamaciones, a través de la validación de la consistencia de la información generada a partir de las fuentes internas y externas. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | En el periodo objeto de cuenta de cobro no se ejecutaron actividades relacionadas con esta obligación. | N/A |
| 7 | Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato. | Se asiste a reunión sobre: Distribución Grupo_2_Urgencias_04_Agosto<br><br>Se asiste a reunión sobre: Reunión Líderes Equipo de Trabajo GIVAC_04_Agosto<br><br>Se asiste a reunión sobre: Capacitación Identificación | Se anexa print asistencia_Teams | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | Temprana de síntomas COVID-19_06_Agosto<br><br>Se asiste a reunión sobre: Reunión Temas Equipo Auditor_13_Agosto<br><br>Se asiste a reunión sobre: Capacitación nueva tipologia de glosa PJ_24_Agosto<br><br>Se asiste a reunión sobre: Conciliación muestra calidad de paquete 25020_26_Agosto<br><br>Se asiste a reunión sobre: Temas varios_27_Agosto<br><br>Se asiste a reunión sobre: Capacitación Cuentas de cobro_27_Agosto<br><br>Se asiste a reunión sobre: Reunión Líderes Equipo de Trabajo GIVAC_28_Agosto | | |

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

_____

**Firma del Contratista**
**Fecha:** 1/09/2020

## BALANCE ECONÓMICO

| Valor Total Contrato (Inicial + Adición) | Valor Pagado | Valor a Pagar | Saldo Liberado | Saldo por Pagar |
|---|---|---|---|---|
| **51.413.394** | **28.444.688** | **4.563.319** | **0.00** | **18.405.387** |

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS ($ **4.563.319**)

**PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES**
Mes de ejecución contractual

| CONCEPTO | PLANILLA No. | VALOR | PERIODO | | FECHA DE PAGO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | DESDE | HASTA | |
| **Salud** | 44722689 | $228.200 | 1/07/2020 | 31/07/2020 | 14/08/2020 |
| **Pensión** | 44722689 | $292.100 | 1/07/2020 | 31/07/2020 | 14/08/2020 |
| **ARL** | 44722689 | $9.600 | 1/07/2020 | 31/07/2020 | 14/08/2020 |

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:

**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.

| | |
|---|---|
| **OBSERVACIONES** | |
| **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; cuando aplique, o Certificación del cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales; cuando aplique.<br>2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad.<br>3. Cuenta de cobro o factura, según el Régimen (Simplificado o Común).<br>4. Medio Magnético con las actividades realizadas de acuerdo con las obligaciones, productos y/o informes, estipulados en el Contrato o Convenio en mención.<br>5. En caso de primer pago debe aportar: Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. |

**En constancia, firmo:**

MAYRA ALEJANDRA PEREZ BEJARANO
**Supervisor o interventor**

| |
|---|
| **En constancia, el presente documento se entiende aprobado por las partes una vez el usuario supervisor del contrato efectue la aprobacion respectiva en la plataforma de SECOP II.** |
| **Lugar y Fecha: Bogotá, D. C.,** 1/09/2020 |

[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 | 52285697 | CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ | CARRERA 12 B ESTE NO 19 28 SUR | 3373067 | ascmarcelys1213@hotmail.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 | |
| 2020-07 | 2020-07 | I | 14/08/2020 | 44722689 | $566.500 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 228.200 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 228.200 | 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 | 292.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 292.100 | 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 | 9.600 | | | | 9.600 | 0 | 0 | 9.600 | | | 96 | 9.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CCF22 | Colsubsidio | 860007336-1 | 36.600 | 0 | 0 | 36.600 | 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 | 228.200 | 228.200 |
| Pensión | 1 | 292.100 | 292.100 |
| Riesgos Laborales | 1 | 9.600 | 9.600 |
| CCF | 1 | 36.600 | 36.600 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 4 | 566.500 | 566.500 |

PAGADA 44722689

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

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 | 52285697 | CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ | CARRERA 12 B ESTE NO 19 28 SUR | 3373067 | ascmarcelys1213@hotmail.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 | |
| 2020-07 | 2020-07 | I | 14/08/2020 | 44722689 | $566.500 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | 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 | 52285697 | CARREÑO GONZALEZ CLAUDIA MARCELA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.825.350 | 292.100 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 1.825.350 | 228.200 | 14-23 | 1.825.350 | 1 | 9.600 | CCF22 | 1.825.350 | 36.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

**CIUDAD:** Bogota D.C.

**FECHA:** 1/09/2020

# 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:** CLAUDIA MARCELA CARREÑO GONZALEZ

**IDENTIFICACIÓN:** **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 52,285,697 de Bogotá

**CONTRATO No.:** ADRES CPS 081-2020

**OBJETO**: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con el análisis de información y verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios, así como apoyar a la Dirección en las actividades que se deriven del proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa, alistamiento de la información para pre cierre y cierre de los paquetes.

**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 1/08/2020 **HASTA:** 31/08/2020

**LA SUMA DE:** CUATRO MILLONES QUINIENTOS SESENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS ($ 4.563.319)

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** Cra 12B Este # 19 - 28 Sur

**TELÉFONO:** 3164780605

**FIRMA**
**C.C**

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2020**

| Nombres y Apellidos | No. Identificación |
|---|---|
| Claudia Marcela Carreño González | 52.285.697 |

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Régimen del impuesto sobre las ventas al que pertenezco: COMUN ☐ SIMPLIFICADO ☒

Código Actividad Económica 8211 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No ADRES CPS 81-2020

Fecha de Inicio: 24/01/2020 Fecha de Terminación: 31/12/2020

Valor total del Contrato: $ _**51.413.394,00**_ Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: $4.563.319,00

1. Declaro bajo gravedad de juramento que para desarrollar la actividad por prestación de Honorarios y por compensación por servicios personales, no he contratado o vinculado dos o más trabajadores asociados, por lo cual solicito aplicar la retención en la fuente del Art. 383, servicio clasificado como Renta de trabajo según el artículo 103 del Estatuto Tributario. De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule dos (2) o más trabajadores asociados a mi actividad económica, me comprometo a informarles.

2. Declaro bajo gravedad de juramento en el marco de lo estipulado en el Decreto 099 de 2013, Artículo 387 del Estatuto Tributario, 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 de la norma precitada, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica:

| TIPO DE DOCUMENTO | No. DE DOCUMENTO | NOMBRES Y APELLIDOS | CALIDAD DEPENDIENTE (*) |
|---|---|---|---|
| CC | 1023943480 | Angie Natalia Salazar Carreño | Hijos mayores de 23 años que se encuentran en |

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2020**

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por medicina legal. |

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Hijos que tienen hasta 18 años de edad y dependen económicamente de mí.
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) Hijos mayores de 23 años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos 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 Wilson Salazar Pinzón (Vacío) identificado (a) con la C.C. No. 79698622 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 _____(Vacío)_____ de_____(Vacío)_____, según certificación del año 2016; anexa al presente, lo anterior para efectos de la aplicación de la retención a que haya lugar de

**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA**
**PERSONAS NATURALES**
**AÑO 2020**

conformidad con el estatuto tributario vigente y normas reglamentarias, en particular lo establecido en el Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

5. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. ___ (Vacío) _____, del Banco ___ (Vacío) _____, a la cual consigno mensualmente la suma de ($ Vacío ), 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ (Vacío)_____ la suma de ($ Vacío ), 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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

   **Nota:** Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

   _____

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada _____(Vacío)_____ la suma de ($ Vacío ), (anexar certificación del año inmediatamente anterior)_____(Vacío)_____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)

Atentamente,

Firma _____

Cédula de ciudadanía 52.285.697 de Bogotá
Bogotá D.C. 01 de Septiembre de 2020

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ENERO | 01 | FEBRERO | 02 | MARZO | 03 | ABRIL | 04 |
| MAYO | 05 | JUNIO | 06 | JULIO | 07 | AGOSTO | 08 |
| SEPT | 09 | OCTUBRE | 10 | NOV. | 11 | DIC. | 12 |

REPUBLICA DE COLOMBIA
REGISTRO CIVIL

SUPERINTENDENCIA DE NOTARIADO Y REGISTRO

# REGISTRO DE NACIMIENTO

IDENTIFICACION No
(1) Parte básica: 95 05 12 (2) Parte compl: 06011

22795289

OFICINA REGISTRO CIVIL
(3) Clase (Notaría, Consulado, Registraduría Estado Civil, inspección, etc.): NOTARIA CUARENTA (40)
(4) Municipio y Departamento: SANTAFE DE BOGOTA
(5) Código: 1038

## SECCION GENERICA

(6) Primer apellido: SALAZAR
(7) Segundo apellido: CARRENO
(8) Nombres: ANGIE NATALIA

(9) Masculino o Femenino: FEMENINO.
(10) Masculino ☐ Femenino ☒ (X)
FECHA DE NACIMIENTO: (11) Día: 12 (12) Mes: MAYO (13) Año: 1995

(14) País: COLOMBIA.
(15) Departamento: CUNDINAMARCA.
(16) Municipio: SANTAFE DE BOGOTA

## SECCION ESPECIFICA

(17) Clínica, hospital, dirección de la casa, vereda, corregimiento, etc., donde ocurrió el nacimiento: HOSPITAL LA VICTORIA
(18) Hora: 8:05AM

(19) Documento presentado Antecedente (Cert. médico, Acta parroq. etc.): CERTIFICADO MEDICO
(20) Nombre del profesional que certificó el nacimiento: SILVIA CAPASSO
(21) No. licencia: 11041..

**MADRE**
(22) Apellidos (de soltera): CARRENO GONZALEZ
(23) Nombres: CLAUDIA MARCELA
(24) 17
(25) Identificación (clase y número): T.I. 780109-06155 DE SANTAFE DE BTA.
(26) Nacionalidad: COLOMBIANA
(27) Profesión u oficio: ESTUDIANTE

**PADRE**
(28) Apellidos: SALAZAR PINZON
(29) Nombres: WILSON
(30) 21
(31) Identificación (clase y número): C.C.79.698.622 DE SANTAFE DE BOGOTA
(32) Nacionalidad: COLOMBIANA
(33) Profesión u oficio: MENSAJERO.

**FUNCIONARIO**
(34) Identificación (clase y número): C.C.79.698.622 DESANTAFE DE BOGOTA
(35) Firma (autógrafa): wilson Salazar Pinzon
(36) Dirección postal: CALLE43 B NO. 8 40 ESTE
(37) Nombre: WILSON SALAZAR PINZON.

**TESTIGO**
(38) Identificación (clase y número):
(39) Firma (autógrafa):
(40) Domicilio (Municipio):
(41) Nombre:

**TESTIGO**
(42) Identificación (clase y número):
(43) Firma (autógrafa):
(44) Domicilio (Municipio):
(45) Nombre:

FECHA EN QUE SE MANDA ESTE REGISTRO
(46) Día: 09 (47) Mes: JUNIO (48) Año: 1995

Firma (autógrafo y sello) funcionario que autoriza el registro
AGUSTIN CASTILLO ZARATE
AGUSTIN CASTILLO ZARATE
Notaría Cuarenta
Bogotá, D.C.
6

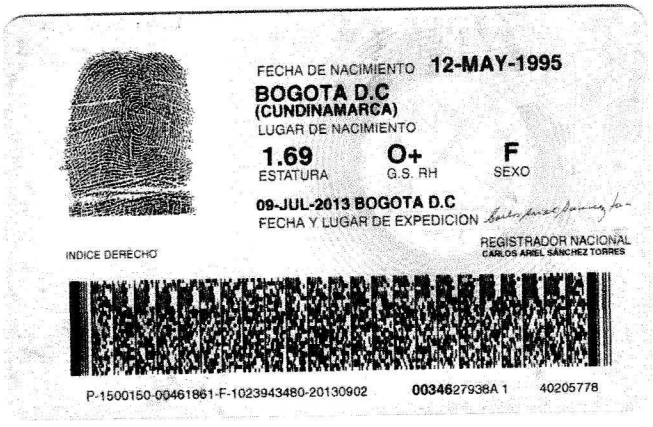
ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.023.943.480
SALAZAR CARREÑO
APELLIDOS
ANGIE NATALIA
NOMBRES

NO FIRMA
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-MAY-1995
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.69 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
09-JUL-2013 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

P-1500150-00461861-F-1023943480-20130902 0034627938A 1 40205778

EPS Sanitas

Bogotá, 16 DE OCTUBRE DE 2019
ATEP 8032 - 19

Salazar Carreño Angie Natalia
CC 1023943480
CARRERA 12B ESTE #19 -28 SUR CASA BARRIO LA CASTAÑA
3164780605
Bogota Dc

## CERTIFICACIÓN

Con la presente, nos permitimos informar que la EPS SANITAS en cumplimiento de la Circular Externa 000009 de 2017, expedida por la Superintendencia Nacional de Salud y con el fin de registrar las personas en condición de discapacidad permanente se permite certificar que **Salazar Carreño Angie Natalia** con **CC 1023943480** presenta la siguiente condición:

| | |
|---|---|
| **Tipo de discapacidad** | Multiple |
| **Código Diagnostico CIE 10** | C710 |
| **Fecha de Expedición** | 16 Octubre 2019 |
| **Nombre Medico** | ANDRÉS CAMILO GUTIÉRREZ |
| **Registro** | 25964 |
| **Firma** |  |

Cordialmente,



EPS Sanitas
Organización Sanitas Internacional
NIT. 800.251.440-6
MEDICINA LABORAL

Medicina Laboral
EPS SANITAS

***** Nota: este documento (certificado) cumple con los requisitos de la circular externa 000009 de 2017 y hace las veces de carnet- Dando cumplimiento así al artículo 5 de la ley 361 de 1997 frente a la calificación de personas en situación de discapacidad. Resolución 583 de 2018(pendiente entrada en vigencia).***