

CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 16/06/2025

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: ESPERANZA CARDOZO PEREZ

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☒ **NIT** ☐ **No.** 52.711.997

CONTRATO No.: ADRES-CPS-547 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las labores de seguimiento, control, técnicas y operativas del 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-134-DOP

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/06/2025 **HASTA:** 16/06/2025

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de CINCO MILLONES QUINIENTOS NOVENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. (\$ 5.596.800)

LA SUMA DE:

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE1542 B 73 B 51

TELÉFONO: 3214911341



FIRMA
C.C .52.711.997

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Contrato No.	ADRES-CPS-547-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	ESPERANZA CARDOZO PEREZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	WILLIAM TORRES RODRIGUEZ	Teléfono / Extensión	601 432 27 60
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las labores de seguimiento, control, técnicas y operativas del 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-134-DOP.		
Fecha de Inicio	06/03/2025	Fecha de Terminación	05/11/2025

Periodo del Informe de Actividades	Desde	6/03/2025	Hasta	16/06/2025
Adición y/o Prórroga	No Aplica			
Suspensión	No aplica			
Cesión	No aplica			
Terminación	16/06/2025			

INFORME DE EJECUCIÓN ECONÓMICA Y FINANCIERA	
CONCEPTO	VALOR
Valor inicial del Contrato o Convenio	\$83.952.000
Valor adiciones	\$0
Valor total incluidas las adiciones	\$83.952.000
Valor pagado o desembolsado al Contratista.	\$29.733.000
Valor Pendiente por pagar al Contratista	\$5.596.800
Valor para reintegrar o reintegrado por parte del Contratista.	\$0
Valor a liberar	\$48.622.200
Valor liberado	\$0
Valor total ejecutado	\$35.329.800
INFORME DE EJECUCIÓN	

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

Para garantizar el cumplimiento del objeto del contrato, según lo pactado, el contratista constituyó garantía única de cumplimiento con la Compañía de Seguros (SEGUROS DEL ESTADO S.A)como sigue:

PÓLIZA No.	AMPAROS	VALORES ASEGURADOS	VIGENCIAS	
			FECHA INICIO	FECHA FINAL
63-44-101016831	Cumplimiento del contrato	20.988.000,00	05/03/2025	20/05/2026

Trámites Sancionatorios (Si aplica)

OBLIGACION(ES) INCUMPLIDA(S)	TRÁMITE
-	-

INFORME DE EJECUCIÓN TÉCNICA

En el evento que la forma de pago se haya pactado por % de ejecución deberá diligenciar el siguiente cuadro para cada caso:

OBLIGACIÓN	PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	CAUSAS	ACCIONES ADOPTADAS
-	-	-	-

Existen obligaciones específicas pos-ejecución (Aquella obligación que se extiende más allá del plazo de ejecución y/o de liquidación):

SI ☐ NO ☒

En caso afirmativo relacionar las obligaciones:

OBLIGACIÓN	FECHA DE CUMPLIMIENTO	FECHA DE VERIFICACIÓN (*)
-	-	-

DESARROLLO DEL CONTRATO O CONVENIO

- El contratista presentó informes de ejecución de las actividades a su cargo, los cuales contaron con el visto bueno del Supervisor(a), de la siguiente manera:
 - a) Del período comprendido entre el 06/03/2025 al 31/03/2025
 - b) Del período comprendido entre el 01/04/2025 al 30/04/2025
 - c) Del período comprendido entre el 01/05/2025 al 31/05/2025
 - d) Del período comprendido entre el 01/06/2025 al 16/06/2025

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR02
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO Y PAGO FINAL.	VERSIÓN	03
			FECHA	10/05/2021

VERIFICACIÓN ENTREGA DE DOCUMENTOS, EQUIPOS Y/O ELEMENTOS		
Incluir las obligaciones generales de orden administrativo que implican verificación y entrega de documentos, software, bases de datos, tarjetas de ingreso, carnet, elementos y equipos, etc, de conformidad con los requisitos establecidos para el efecto.		
OBLIGACIÓN	VERIFICACIÓN	
	Cumple	No Cumple
Sin documentos, equipos, elementos y/o aplicativos por entregar	☒	☐
De conformidad con lo anterior, LA SUPERVISIÓN CERTIFICA QUE:		
1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con las obligaciones generales especificaciones, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención. 2. Entrego los siguientes productos (Aplica en el evento que se haya pactado por producto relacionar los mismos y fecha de entrega) 3. Verifique la matriz de riesgos del contrato y se estableció, que no se materializo ninguno de los riesgos		
OBSERVACIONES	No aplica	
En constancia, firmo: WILLIAM TORRES RODRIGUEZ Supervisor/Interventor		
Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 17/06/2025		

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

Contrato No.	ADRES-CPS-547-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	CC-52711997-ESPERANZA CARDOZO PEREZ		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRIGUEZ	Teléfono / Extensión	
Dependencia	DIRECCIÓN DE OTRAS PRESTACIONES (DOP)		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en las labores de seguimiento, control, técnicas y operativas del 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-134-DOP		
Fecha de Inicio	06/03/2025	Fecha de Terminación	05/11/2025

Periodo del Informe de Actividades	Desde	01/06/2025	Hasta	16/06/2025
Fecha Suscripción Adición				
RP Adición				
Valor RP Adición				
Fecha Suscripción Prórroga				
Fecha Inicio Prórroga				
Fecha Final Prórroga				
Fecha Suscripción Suspensión				
Fecha Inicio Suspensión				
Fecha Final Suspensión				
Fecha Suscripción Cesión				
RP Cesión				

INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES

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

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
1	Apoyar a la dirección de Otras Prestaciones de forma transversal en el mejoramiento de los procesos y procedimientos de auditoría de acuerdo con el objeto del contrato.	Se apoyó a la dirección de Otras Prestaciones de forma transversal en el mejoramiento de los procesos y procedimientos de auditoría	Se adjunta carpeta denominada: "OBLIGACION 1" 1. Asistencia diaria café de dirección 2. Análisis Plan C Auditoría 3. Análisis Contratación Auditoría 4. Reunión Proyecto SIA	N/A
2	Elaborar informes técnicos y boletines con base en la información de la DOP dirigida a entes internos y externos.	Se elaboró informes técnicos y boletines con base en la información de la DOP	Se adjunta carpeta denominada: "OBLIGACION 2" 1. Observaciones Procedimiento glosa certificación tope 2. Revisión documento Adición y Prorroga Contratos Zona 3 y 4 3. Concepto técnico circular FEVRIPS 4. Concepto glosa 2108 diferencia en descripción del medicamento.	N/A
3	Articular y levantar información requerida para realizar analítica de datos con los otros procesos de la entidad.	Se apoyó la articulación y levantamiento de información requerida para realizar analítica de datos con los otros procesos de la entidad.	Se adjunta carpeta denominada: "OBLIGACION 3" 1. Análisis glosas IPS ORTOCLINIC 2. Análisis Plan C zona 3 y 4	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 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	Se apoyó en la elaboración de las respuestas de petición	Se adjunta carpeta denominada: "OBLIGACION 4" 1. Gestión respuesta derecho petición Kelly Quevedo Abogados	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

	Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto y/o Entregables	Alertas, inconvenientes o situaciones especiales que afectan el cumplimiento de la obligación
	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	Gestionar los requerimientos de información solicitada por la Dirección General de la ADRES.	Se gestionaron los requerimientos de información solicitada por la DOP	Se adjunta carpeta denominada: "OBLIGACION 5"1. Cierre Paquete 290742. Cierre Paquete 300313. Cierre Paquete 300374. Cierre Paquete 30064	N/A
6	Participar en las reuniones en que se solicite su asistencia por la relación de los temas a tratar con las actividades del objeto contractual, así como en las capacitaciones y/o mesas de trabajo programadas.	Se participó en las reuniones en que se solicite su asistencia por la relación de los temas DOP	Se adjunta carpeta denominada: "OBLIGACION 6" 1 Aclaración criterio firmas auditoras2 Mesa técnica IPS3. Capacitación sistema DIAS Fasecolda. 4. Mesa técnica UNGRD	N/A
7	Realizar análisis técnico en salud del impacto de proyectos de ley, actos legislativos, leyes y actos administrativos para los asuntos asignados a la Dirección de Otras Prestaciones	Se realizar análisis técnico en salud del impacto de proyectos tareas correspondientes a esta obligación	Se adjunta carpeta denominada: "OBLIGACION 7" 1. Homologación glosas Res. 22842. Reporte Informe PAIA3. ReporteInventario Documental4. Solicitud Reintegro ALESALUD IPS	N/A
8	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 actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato	Se adjunta carpeta denominada: "OBLIGACION 8" 1. Seguimiento SIA	N/A

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

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

ESPERANZA CARDOZO PEREZ
Fecha: 20/06/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
COP \$ 83.952.000,00	COP \$ 29.733.000,00	COP \$ 5.596.800,00	COP \$ 0,00	COP \$ 48.622.200,00

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Cinco Millones Quinientos Noventa Y Seis Mil Ochocientos Pesos (\$5.596.800,00)

CONCEPTO	PLANILLA No.	ENTIDAD	VALOR	PERIODO	
				DESDE	HASTA
ARL	1073360607	POSITIVA	22.000,00	01/05/2025	31/05/2025
Pensión	1073360607	COLPENSIONES	672.000,00	01/05/2025	31/05/2025
Salud	1073360607	ALIANSA SALUD	525.000,00	01/05/2025	31/05/2025

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:

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.

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

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: WILLIAM ENRIQUE TORRES RODRIGUEZ	
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., 20/06/2025	

PAGADO 12/06/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ESPERANZA CARDOZO PEREZ		
Documento	CC52711997	Dirección	CL 152 B # 73 B-51
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	6508726
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TAE	TDE	TDP	TAP	USP	COR	USI	IGE	LVA	VAC	VAP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Días AFP	Días EPS	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52711997	ESPERANZA CARDOZO PEREZ	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 4.200.000	\$ 672.000	(EPS001) ALIANSALUD	\$ 4.200.000	\$ 525.000	0,522	\$ 4.200.000	\$ 22.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.219.000

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 4.200.000	\$ 4.200.000	\$ 4.200.000	\$ 0	\$ 672.000	\$ 525.000	\$ 22.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.219.000	\$ 0	\$ 1.219.000



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

Bogotá D.C., 16 de junio de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
ESPERANZA CARDOZO PEREZ	52711997

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-547-2025

Fecha de Inicio: 6/03/2025 Fecha de Terminación: 16/06/2025

Valor total del Contrato: \$83.952.000 Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$ 5.596.800

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 (*)
TI	1014885191	JUAN FELIPE HERNANDEZ CARDOZO	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 FELIPE ANDRES HERNANDEZ RUIZ identificado (a) con la C.C. No. 7.175.989 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 6000005001137526 de BANCO DAVIVIENDA, 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. N/A del Banco N/A, a la cual consigno mensualmente la suma de (N/A), 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 N/A la suma de (N/A), 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**

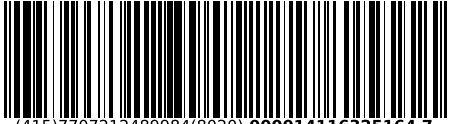
Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (8.629.099), (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. 52711997 de Bogotá
Bogotá D.C., 16/06/2025

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141163251647			
				 (415)7707212489984(8020) 000014116325164 7			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 2 7 1 1 9 9 7		6. DV 8		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 2 7 1 1 9 9 7			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA		29. Departamento Bogotá D.C. 1 6 9		30. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 1 1		0 0 1	
31. Primer apellido CARDOZO		32. Segundo apellido PEREZ		33. Primer nombre ESPERANZA		34. Otros nombres	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Bogotá D.C. 1 6 9		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 1 1		0 0 1	
41. Dirección principal CR 73 B 147 95 TO 2 AP 1105							
42. Correo electrónico ecardozop81@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 2 1 4 9 1 1 3 4 1		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 8 6 9 9	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 2, 0 1, 0 1	48. Código 7 4 9 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 2 3, 0 1, 0 1	50. Código 1 2	51. Código 2 2 2 4		
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 CARDOZO PEREZ ESPERANZA 985. Cargo CONTRIBUYENTE			

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1014885191

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52996049

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 52 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 3 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido HERNANDEZ Segundo Apellido CARDOZO
Nombre(s) JUAN FELIPE

Fecha de nacimiento Año 2013 Mes OCT Día 25 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

12360662-0

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

CARDOZO PEREZ ESPERANZA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 52711997 DE BOGOTÁ

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ RUIZ FELIPE ANDRÉS

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 7175989 DE TUNJA

Nacionalidad

COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ RUIZ FELIPE ANDRÉS

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. No. 7175989 DE TUNJA

Firma

ANDRÉS

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

Fecha de inscripción

Año 2013 Mes OCT Día 29

Nombre y firma del funcionario que autoriza

EUGENIE GIL GIL

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **ESPERANZA CARDOZO PEREZ**

Identificación: C.C52711997

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: **Bogotá**

Fecha de solicitud: 2025-03-10

Fecha de expedición: 2025-03-15

INFORMACIÓN CUENTAS DE AHORROS, CORRIENTES Y DEPÓSITOS DE BAJO MONTO

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	SALDO A 31.DIC.2024	RENDIMIENTOS DE LOS APORTES	RENDIMIENTOS NO GRAVADOS 50.88%*	VALOR RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS RETENIDO**	INTERESES PAGADOS POR SOBREGIRO
CUENTA CORRIENTE	0560005060024808	\$680.22	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
TOTALES	1	\$680.22	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

**De conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 del Estatuto Tributario (modificado por el artículo 86 de la Ley 2010 de 2019), solo el 50% de GMF es deducible. Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación. La tarifa de Retención en la fuente a título de Renta sobre los rendimientos Financieros será del 10% sobre el 70% del respectivo pago o abono en cuenta. Según lo establecido en el artículo 1.2.4.2.5. del DUR 1625.

* Componente inflacionario de los rendimientos financieros percibidos durante el año.

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2023	SALDO AL 31.DIC.2024	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2024	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
LEASING HABITACIONAL	6000005001137526	18/02/2014	\$224,000,000.00	\$145,334,385.38	\$116,261,736.81	\$45,046,000.00	\$13,983,342.42	\$13,983,342.42	\$0.00
TOTALES	1		\$224,000,000.00	\$145,334,385.38	\$116,261,736.81	\$45,046,000.00	\$13,983,342.42	\$13,983,342.42	\$0.00

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Artículo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016

INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo al Artículo 1.6.1.12.12 del Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa. Esta certificación incluye todos los productos vigentes y cancelados poseídos durante el año certificado. Recuerde: El Decreto 2229 del 22 de diciembre del 2023 establece quienes son declarantes de renta para el año 2023. En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios. Estimado cliente. Si además usted fue proveedor del Banco, puede realizar la solicitud de los certificados en la dirección infoprov@davivienda.com. La tarifa de retención en la fuente aplicada a las operaciones con tarjetas débito y/o crédito corresponde al 1.5% y el 0.001% para el caso de combustibles. Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.



BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **ESPERANZA CARDOZO PEREZ**

Fecha de solicitud: 2025-03-10

Identificación: C.C52711997

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: **Bogotá**

Fecha de expedición: 2025-03-15

Dirección del Banco para notificaciones: CI 28 13 A 15 MN

Estimado cliente del Régimen simple. Si usted reportó al Banco su condición tributaria durante el año.

El Banco Davivienda S.A. se permite certificar la totalidad de las Operaciones de consignación realizadas por mecanismos electrónicos.

Cumpliendo con lo establecido en el artículo 1.5.8.3.5 del Decreto 1091 del 03 de agosto del 2020.

Recuerde, para la procedencia del descuento en la determinación del impuesto SIMPLE, los valores tomados deben corresponder a pagos por concepto de venta de bienes y/o servicios.



Salud Ocupacional y Medicina General
Carlos Bernal Sierra NIT 80086785-3
Calle 127 # 19a - 44 consultorio 609 - Bogotá
Cel. 312 454 8354



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

N° 13.176

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXAMEN				TIPO DE EXAMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
21 DÍA	12 MES	2022 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL DE INGRESO			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
PARTICULARES CONTADO				PARTICULARES			
Nombre de la empresa				Empresa en misión			
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC, Cedula de Ciudadanía, CE, Cedula de Extranjería, TI, Tarjeta de Identidad, PT, Pasaporte)							
CARDOSO PEREZ ESPERANZA				Genero	Edad	Documento de Identificación	
Apellidos y Nombres				FEMENINO	41 AÑOS 9 MESES 12 DÍAS	CC	52711997
				Teléfonos		Tipo	Número
Cargo AUDITORA							
CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL APTO CON PATOLOGÍAS (QUE NO LIMITAN SU CAPACIDAD LABORAL)							
Observaciones: NO APLICA							
NO SE EVALUARÓN REQUISITOS DE SALUD (Alturas, Espacios Confinados, Manipular Alimentos)							N/A
RESTRICCIONES LABORALES				TIPO	RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES				NO APLICA	NO APLICA		
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL				-----			
RECOMENDACIONES MÉDICAS				RECOMENDACIONES OCUPACIONALES		HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES	
CONTINUAR MANEJO MÉDICO : ADHERENCIA AL TRATAMIENTO				PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL : ENFASIS EN REGION CERVICAL		HABITOS SALUDABLES	
USAR CORRECCIÓN VISUAL : SEGUN FORMULA				SVE OSTEOMUSCULAR			
VALORACIÓN POR EPS : MEDICINA GENERAL							
CONTROL FACTORES DE RIESGO							
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
Médico				Aspirante o Trabajador			
 Firma: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO Nombre: BERNAL SIERRA CARLOS EDUARDO R. M.: 86140 -2010 L.S.O.: 5128				 Código de Seguridad Z367F1L13176			
				 Firma: CARDOZO PEREZ ESPERANZA Nombre: CARDOZO PEREZ ESPERANZA CC: 52711997			

- 1

Información general
- 2

Condiciones
- 3

Bienes y servicios
- 4

Documentos del Proveedor
- 5

Documentos del contrato
- 6

Información presupuestal
- 7

Ejecución del Contrato
- 8

Modificaciones del Contrato
- 9

Incumplimientos

Volver

Evaluar proveedor

Imprimir

<

>

Ejecución del Contrato

☐

 Porcentaje

☐

 Recepción de artículos

Plan de Pagos

Id de pago		Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor neto de la factura	Valor total de la factura	Valor a pagar	Estado		
Pago 001		001	1/04/2025 8:44 AM (UTC -5 horas)	1/04/2025 8:00 AM (UTC -5 horas)	8.745.000 COP	8.745.000 COP	8.745.000 COP	Aprobado	Detalle	Marcar como pagados
Pago 002		002	6/05/2025 2:41 PM (UTC -5 horas)	6/05/2025 5:00 PM (UTC -5 horas)	10.494.000 COP	10.494.000 COP	10.494.000 COP	Aprobado	Detalle	Marcar como pagados
Pago 003		003	3/06/2025 10:00 PM (UTC -5 horas)	4/06/2025 5:00 PM (UTC -5 horas)	10.494.000 COP	10.494.000 COP	10.494.000 COP	Aprobado	Detalle	Marcar como pagados
Pago 004		4	16/06/2025 11:17 AM (UTC -5 horas)	16/06/2025 12:00 PM (UTC -5 horas)	5.596.800 COP	5.596.800 COP	5.596.800 COP	Aprobado	Detalle	Marcar como pagados

Balance de pagos y Balance de entregas