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: MARÍA ANGÉLICA MADERA PÉREZ

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 25.970.907

CONTRATO No.: CPS-243-2020 de 2020

OBJETO: Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con 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 de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan

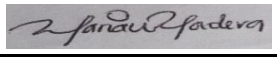
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/08/2020 **HASTA:** 31/08/2020

LA SUMA DE: Tres Millones Quinientos Sesenta y Cuatro Mil Quinientos Setenta y Cuatro pesos M/Cte ($ 3.564.574)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 14 # 3-44

TELÉFONO: 3193585154



FIRMA
C.C.: 25970907

Contrato No.	**ADRES-CPS-243-2020**		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	María Angélica Madera Pérez		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Mauricio Páez Villalba	**Teléfono / Extensión**	1868
Dependencia	Direccion de otras prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con 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 de acuerdo con las resoluciones No. 2966 de 2019 expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social y No. 41656 de 2019 expedida por la ADRES y las que las modifiquen o sustituyan		
Fecha de Inicio	14/07/2020	**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	Llevar a cabo la verificación de los soportes aportados en las reclamaciones por eventos catastróficos de origen natural, terroristas y accidentes de tránsito, en concordancia con la normativa vigente.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	N/A

2	Realizar la verificación de los soportes aportados enlas solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud.	Se realiza la verificación de 1988 Items, de EPS SaludCoop, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo SaludCoop". Se realiza la verificación de 48 Items, de EPS Aliansalud, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo Aliansalud"	Carpeta: ADRES-CPS-243-Agosto, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo SaludCoop Carpeta: ADRES-CPS-243-Agosto, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo Aliansalud	N/A N/A
3	Verificar la aplicación de los criterios de auditoría señalados en el marco normativo y los manuales correspondientes, validando la calidad del conjunto de recobros y/o reclamaciones que correspondan a la muestra seleccionada de los paquetes auditados directamente por la Entidad o por los terceros contratados para el trámite de las cuentas por servicios y tecnologías no financiados con la UPC.	Se realiza la verificación de 1988 Items, de EPS SaludCoop, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo SaludCoop". Se realiza la verificación de 48 Items, de EPS Aliansalud, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo Aliansalud"	Carpeta: ADRES-CPS-243-Agosto, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo SaludCoop Carpeta: ADRES-CPS-243-Agosto, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo Aliansalud	N/A N/A
4	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 y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Se registran los resultados de la verificacion de 1988 Items, de EPS SaludCoop, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo SaludCoop" Se registran los resultados de la verificación de 48 Items, de EPS Aliansalud, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo Aliansalud"	Carpeta: ADRES-CPS-243-Agosto, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo SaludCoop Carpeta: ADRES-CPS-243-Agosto, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo Aliansalud	N/A N/A
5	Analizar y documentar de los hallazgos evidenciados en las revisiones de calidad, como mecanismo de retroalimentación a los	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A

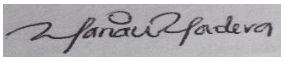
	auditores de recobros y/o reclamaciones.			
6	Analizar y proponer métodos que permitan la ejecución eficiente y eficaz del proceso de verificación de la calidad de la auditoría.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A
7	Apoyar en la ejecución del plan de capacitación y participación en la elaboración de evaluaciones de conocimiento.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A
8	Reportar cualquier situación inconsistente y/o anómala identificada en la revisión documental de las solicitudes de recobros o reclamaciones y documentarla según lo observado en su labor de verificación.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A
9	Garantizar la consistencia de valores y cantidades de los paquetes de recobros y/o reclamaciones verificados.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A
10	Proyectar las comunicaciones y certificaciones de calidad que sean requeridas en el trámite de los paquetes verificados.	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligación	N/A
11	Apoyar la ejecución de las diferentes etapas del proceso integral de recobros y reclamaciones.	Se presta apoyo técnico a la oficina asesora jurídica en la revisión y verificacion de 1988 Items, de EPS SaludCoop, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo SaludCoop" Se presta apoyo técnico a la oficina asesora jurídica en la revisión y verificacion de 48 Items, de EPS Aliansalud, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo Aliansalud"	Carpeta: ADRES-CPS-243-Agosto, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo SaludCoop Carpeta: ADRES-CPS-243-Agosto, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo Aliansalud	N/A N/A

12	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	04/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Validacion Recobros Sanitas y SaludCoop), en horario 10 am-10.30 am.	Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto	N/A
		05/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Pausas activas), en horario 04 pm-4.30 pm.	Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto	N/A
		06/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Identificacion Sintomas Covid-19), en horario 09 am-10 am.	Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto	N/A
		06/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Soporte Tecnico a la Defensa Judicial), en horario 10 am-10:30 am.	Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto	N/A
		10/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Seguimiento a validcion SaludCoop), en horario 09 am-10 am.	Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto	N/A
		13/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Seguimiento a Auditoria Recobros SaludCoop), en horario 10 am-10:30 am.	Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto	N/A
		20/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Capacitacion Radicacion de Cuentas), en horario 08 am-09 am.	Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto	N/A
		20/08/2020: Participación en reunión por plataforma	Archivo Word Denominado:	N/A

		MICROSOFT TEAMS (Avance Auditoria Recobros SaludCoop), en horario 10 am-10:30 am. 25/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Charla Codigo de Integridad), en horario 11 am-12 m. 25/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Seguimiento y Avance SaluCoop), en horario 02:15 pm-02:45 pm. 26/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Ficha Tecnica Aliansalud), en horario 03:30 pm.-04 pm. 27/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Validación Aliansalud), en horario 10 am- 11 am. 28/08/2020: Participación en reunión por plataforma MICROSOFT TEAMS (Soporte Tecnico DJ), en horario 10 am- 11 am.	Capacitaciones Agosto Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto Archivo Word Denominado: Capacitaciones Agosto	 N/A N/A N/A N/A N/A
13	Cumplir con las metas de productividad en el proceso de verificación de la calidad auditoría de recobros y reclamaciones para dar cumplimiento a los términos establecidos normativamente y/o a los indicados por el supervisor del contrato y/o la respectiva Coordinación de Grupo.	Se cumple con la meta de productividad, prestando apoyo técnico a la oficina asesora jurídica en la revisión y verificación de 1988 Items, de EPS SaludCoop, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo SaludCoop" Se cumple con la meta de productividad, prestando apoyo técnico a la oficina	Carpeta: ADRES-CPS-243-Agosto, en Archivo Excel Denominado: Formato de Trabajo SaludCoop Carpeta: ADRES-CPS-243-Agosto, en Archivo Excel	N/A N/A

		asesora jurídica en la revisión y verificación de 48 Items, de EPS Aliansalud, correspondientes a la asignación del archivo denominado: "Formato de Trabajo Aliansalud"	Denominado: Formato de Trabajo Aliansalud	
14	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	En el periodo objeto de cobro no se ejecutaron actividades con esta obligacion	N/A

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
$ 21.387.444	**2.019.925**	**$ 3.564.574**	**0,00**	**$ 15.802.945**

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de Tres Millones Quinientos Sesenta y Cuatro mil Quinientos Setenta y cuatro pesos M/Cte ($ 3.564.574)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES
Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	9410066458	$ 178.300	1/08/2020	31/08/2020	29/08/2020
Pensión	9410066458	$ 228.200	1/08/2020	31/08/2020	29/08/2020
ARL	9410066458	$ 7.500	1/08/2020	31/08/2020	29/08/2020

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: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN	
De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el (los) supervisor (es) certifica(n) que: 1. El (la) Contratista durante el periodo de ejecución del contrato, desarrolló y cumplió con objeto contractual, las obligaciones generales y específicas, presentó y entregó los productos y/o informes establecidos en el Contrato o Convenio en mención. 2. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por el (la) Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato o Convenio en mención. 3. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.	
OBSERVACIONES	Incluir información relevante no descrita en otro acápite, solo si aplica, no es necesario reiterar información
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. 5. Dos (2) medios magnéticos contentivos de las actividades realizadas en las obligaciones, productos y/o informes, en el Contrato o Convenio en mención. 6. En caso de primer pago debe aportar: a. Los soportes y el formato de deducciones para efectos de retención en la fuente. b. Examen médico preocupacional . *Este examen tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista. En el caso de perder su condición de contratista por un periodo superior a seis (6) meses continuos, deberá realizarse nuevamente el examen. c. Si es régimen común debe adjuntar la resolución de facturación de la DIAN.
Supervisor (es)/Interventor (es) **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.

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 25970907		MADERA PEREZ MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 14 #3-44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	726371550	9410066458	I	2020/09/02	2020/08/31	BANCOLOMBIA	0	$414,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,425,830	$228,200			$1,425,830	$178,300			$0	$0			$1,425,830	$7,500		$0	$0		$414,000
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,425,830	$228,200			$1,425,830	$178,300			$0	$0			$1,425,830	$7,500		$0	$0		$414,000
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,425,830	$228,200			$1,425,830	$178,300			$0	$0			$1,425,830	$7,500		$0	$0		$414,000
1	CC	25970907 MADERA MARIA							X											25-14	30	$1,425,830	$228,200	EPS005	30	$1,425,830	$178,300		0	$0	$0	14-23	30	$1,425,830	$7,500	0	$0	$0	No	$414,000
Total		**Afiliados(1)**																				$1,425,830	$228,200			$1,425,830	$178,300			$0	$0			$1,425,830	$7,500		$0	$0		$414,000

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 25970907		MADERA PEREZ MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 14 #3-44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2020-08	2020-08	726371550	9410066458	I	2020/09/02	2020/08/31	BANCOLOMBIA	0	$414,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$228,200	$0	$0	$228,200
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$228,200	$0	$0	$228,200
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
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,300	$0	$0	$178,300
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$178,300	$0	$0	$178,300
TOTAL				1	$414,000	$0	$0	$414,000

2020/08/29 02:51 PM

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

Nombres y Apellidos	No. Identificación
María Angélica Madera Pérez	25970907

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 6920 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No ADRES-CPS-243-2020

Fecha de Inicio: 14/07/2020 Fecha de Terminación: 31/12/2020

Valor total del Contrato: $ **21.387.444** Prórroga: SI ☐ NO ☒

Valor mensual por concepto de Honorarios: $ 3.564.574

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 (*)

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

(*) 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 _____(Vacío)_____ identificado (a) con la C.C. No. __(Vacío)___ 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 2016; 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 Decreto 099 de 2013, articulo 2, numeral1, hasta 100 uvt.

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, modificado por el artículo 23 de la ley 633 de 2000, y además disposiciones legales vigentes.

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

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, 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.

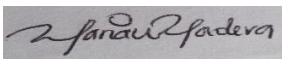
   _____

7. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada _____la suma de ($), (anexar 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)

Atentamente,

Firma



Cédula de ciudadanía 25.970.907
Bogotá D.C. 01 de septiembre de 2020