

CIUDAD: BOGOTÁ D.C

FECHA: 1/12/2025

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: DIANA MARCELA VEGA CIFUENTES

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 53,893,070

CONTRATO No.: ADRES-CPS-272 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en el proceso de revisión de calidad de los resultados de auditoría de las cuentas tramitadas directamente por la Entidad o por los terceros contratados para atender las solicitudes por servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes. ID 189 DOP.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/11/2025 **HASTA:** 30/11/2025

LA SUMA DE: SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE (\$6.043.130)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 27 A SUR 2 A 33 ESTE APT 308

TELÉFONO: 3132389957



FIRMA
C.C. 53.893070

PAGADA 2025-11-15 09:01:51.0 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	DIANA MARCELA VEGA CIFUENTES				
Documento	CC 53893070	Dirección	CL 27A SUR #2 A - 33 APARTAMENTO 308		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4669763		
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO	Total Afiliados	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		Identificación			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 53893070		Residente		Exonerado	N	Apellidos y Nombres	Código Ciudad - Departamento	Centro de Trabajo	Ubicación Laboral
Tipo Cotizante	59	00					VEGA CIFUENTES DIANA MARCELA	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APOORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades															Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión						Salud					Riesgos					Caja				Parafiscales								
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF			
														0	30	30	30																													

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
PORVENIR	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	SALUD TOTAL EPS	POSITIVA DE SEGUROS	COMPENSAR CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
\$ 386.800	\$ 0	\$ 0	\$ 302.200	\$ 12.700	\$ 14.600	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

	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-272-2025		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	DIANA MARCELA VEGA CIFUENTES		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	Rodrigo Alexander Molina Palomares	Teléfono / Extensión	1859
Dependencia	Dirección de otras prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en el proceso de revisión de calidad de los resultados de auditoría de las cuentas tramitadas directamente por la Entidad o por los terceros contratados para atender las solicitudes por servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes ID 189 DOP.		
Fecha de Inicio	3/02/2025	Fecha de Terminación	31/12/2025

Periodo del Informe de Actividades	Desde	1/11/2025	Hasta	30/11/2025
Adición y/o Prórroga	25360			
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	Adelantar la verificación y aplicación de los criterios de auditoría establecidos al conjunto de cuentas y los soportes presentados ante	Se adelanta la verificación y aplicación de los criterios de auditoría establecidos a LAS RECLAMACIONES, correspondientes a los paquetes:	Se adjunta carpeta nombrada: Obligación 1-2-7, Con los siguientes archivos: 1- Asignación Financiero RG92 29-10-2025 2- Asignación Financiero RG92 06-11-2025 3- Asignación Financiero RG92 07-11-2025	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

	la ADRES por los servicios y tecnologías, no financiados con la UPC, así como para las atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origen natural con el fin de establecer el estado final de cada recobro y/o reclamación y el valor a reconocer, que sean auditadas directamente por la Dirección de Otras Prestaciones – DOP.	1- Asignación Financiero RG92 29-10-2025, contenido en 447 reclamaciones y 656 items. 2- Asignación Financiero RG92 06-11-2025, contenido en 5 reclamaciones y 247 items. 3- Asignación Financiero RG92 07-11-2025, contenido en 247 reclamaciones y 2450 items. 4- Asignación Financiero RG92 18-11-2025, contenido en 58 reclamaciones y 1050 items. 5- Asignación Financiero RG92 24-11-2025, contenido en 129 reclamaciones y 1750 items.	4- Asignación Financiero RG92 18-11-2025 5- Asignación Financiero RG92 24-11-2025	
2	Registrar los resultados de las tareas asignadas, en las herramientas, sistemas y formatos establecidos, de acuerdo con los alcances e instrucciones definidas por el supervisor del contrato, líder y/o coordinar	Se registra los resultados de las tareas asignadas de LAS RECLAMACIONES, correspondientes a los paquetes: 1- Asignación Financiero RG92 29-10-2025, contenido en 447 reclamaciones y 656 items. 2- Asignación Financiero RG92 06-11-2025, contenido en 5 reclamaciones y 247 items. 3- Asignación Financiero RG92 07-11-2025, contenido en 247 reclamaciones y	Se adjunta carpeta nombrada: Obligación 1-2-7, Con los siguientes archivos: 1- Asignación Financiero RG92 29-10-2025 2- Asignación Financiero RG92 06-11-2025 3- Asignación Financiero RG92 07-11-2025 4- Asignación Financiero RG92 18-11-2025 5- Asignación Financiero RG92 24-11-2025	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

		2450 ítems. 4- Asignación Financiero RG92 18-11-2025, contenido en 58 reclamaciones y 1050 ítems. 5- Asignación Financiero RG92 24-11-2025, contenido en 129 reclamaciones y 1750 ítems.		
3	Informar oportunamente al supervisor y a la Dirección de Otras Prestaciones 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 y documentarla según lo observado en su actividad de verificación.	Se informa oportunamente al líder de componente financiero de GIVRA que se evidenció situaciones anómalas, en el trámite del paquete:	N/A	N/A
4	Apoyar cuando el	Para el periodo objeto del	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

	supervisor del contrato, líder y/o coordinador, Director de Otras Prestaciones lo requiera en la validación aleatoria del trámite de paquetes de reclamaciones tramitadas ante la ADRES.	informe no se realizó actividad relacionada con la obligación:		
5	Acompañar a la DOP cuando se requiera en la ejecución de las diferentes etapas del proceso para determinar la calidad de los resultados de la auditoria efectuada a los servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC y a las reclamaciones tramitadas directamente por la ADRES producto de los servicios de salud derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, y eventos terroristas, sobre las auditorías realizadas	Para el periodo objeto del informe no se realizó actividad relacionada con la 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

	directamente por la Dirección de Otras Prestaciones - DOP.			
6	Asistir oportunamente a todas las reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas por el supervisor del contrato, la respectiva Coordinación de Grupo y/o líder.	Asistí a las reuniones de capacitación e información y temas relacionados al componente financiero y la ADRES: 1- CAPACITACION CARGUE CUENTAS DE COBRO CON ADICIÓN Y PRORROGA, fecha 4/11/2025 2- Ejemplos Prácticos RG92, fecha 4/11/2025 3- Revisión Informes y cuentas de cobro fecha 5/11/2025 4- Asignación Financiero - Medico RG92, fecha 06/11/2025 5- CARGUE DE CUENTA EN ERP Y ORFEO, fecha 06/11/2025 6- Aclaración Criterios Firmas Auditoras, fecha 11/11/2025.	Asistí a las reuniones de capacitación e información y temas relacionados al componente financiero y la ADRES: Obligación 6 Reuniones Mes de Noviembre 2025	N/A
7	Suministrar los insumos requeridos dentro del proceso de revisión de calidad de los resultados de auditoría de las cuentas presentadas ante la ADRES; así como los que se requieran	Se suministro el insumo del proceso de revisión de calidad del paquete: 1- Asignación Financiero RG92 29-10-2025, contenido en 447 reclamaciones y 656 items. 2- Asignación Financiero RG92 06-11-2025, contenido en 5 reclamaciones y 247 items. 3- Asignación Financiero	Se adjunta carpeta nombrado: Obligación 1-2-7, Con los siguientes archivos: 1- Asignación Financiero RG92 29-10-2025 2- Asignación Financiero RG92 06-11-2025 3- Asignación Financiero RG92 07-11-2025 4- Asignación Financiero RG92 18-11-2025 5- Asignación Financiero RG92 24-11-2025	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

	para el procedimiento de reintegro de las solicitudes de servicios y tecnologías no financiadas con la UPC y de las reclamaciones por atenciones en salud, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural y eventos terroristas de que trata el artículo 167 de la Ley 100 de 1993.	RG92 07-11-2025, contenido en 247 reclamaciones y 2450 ítems. 4- Asignación Financiero RG92 18-11-2025, contenido en 58 reclamaciones y 1050 ítems. 5- Asignación Financiero RG92 24-11-2025, contenido en 129 reclamaciones y 1750 ítems.		
8	Atender las solicitudes de ajuste que se requieran en caso de que la revisión de los soportes asignados presente inconsistencia o que el producto entregado en los tiempos establecidos no cumpla con la rigurosidad técnica requerida	Para el periodo objeto del informe no se realizó actividad relacionada con la obligación	Para el periodo objeto del informe no se realizó actividad relacionada con la obligación	N/A
9	Participar en las capacitaciones virtuales y /o	Para el periodo objeto del informe no se realizó actividad relacionada con la	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

	presenciales que se requieran con relación al alcance y objeto contractual, así como en la realización de actividades de tipo operativo que demande la gestión administrativa requerida por la Dirección de Otras Prestaciones; bajo la coordinación del supervisor del contrato	obligación.		
10	Apoyar las actividades propias de auditoría de los diferentes grupos o equipos que conforma la Dirección de Otras Prestaciones - DOP, cuando sea requerido por la dirección, Coordinadores y/o el Supervisión del presente contrato	Para el periodo objeto del informe no se realizó actividad relacionada con la obligación.	N/A	N/A
	Adelantar el proceso de revisión y	Se adelanta la revisión y verificación en el cumplimiento de los	Se adjunta carpeta nombrado: Obligación 11	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

11	verificación del cumplimiento de los criterios de auditoría establecidos en la normatividad vigente de las cuentas que son presentadas en el mecanismo de respuesta a la glosa que deban ser atendidas directamente a la DOP por los servicios y tecnologías no financiados con la UPC ni presupuestos máximos, así como para las atenciones en salud e indemnizaciones por accidentes de tránsito, eventos terroristas y catástrofes de origen natural.	criterios de auditoría establecidos a LAS RECLAMACIONES por mecanismo de respuesta a la glosa, correspondientes a los paquetes:		
12	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato.	Para el periodo objeto de la cuenta de cobro no hubo actividades asociadas a esta obligación.	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

Diana Vega C.

Firma del Contratista
Fecha: 1/12/2025

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
66.071.556	53.985.294,67	6.043.130	0	6.043.131,33

La ADRES cancelará al SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE (\$6.43.130).

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud	1076491819	\$302.200	1/11/2025	30/11/2025	15/11/2025
Pensión	1076491819	\$386.800	1/11/2025	30/11/2025	15/11/2025
ARL	1076491819	\$12.700	1/11/2025	30/11/2025	15/11/2025
CCF	1076491819	\$14.600	1/11/2025	30/11/2025	15/11/2025

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: Realizar una breve descripción del hallazgo (Adjuntar soportes)

INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN

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

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	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. 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:

Rodrigo Alexander Molina Palomares
Supervisor (es)/Interventor (es)

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

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

Lugar y Fecha: Bogotá, D. C., 1/12/2025

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



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

Bogotá D.C., 1 de Diciembre de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
DIANA MARCELA VEGA CIFUENTES	53.893.070

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-272-2025

Fecha de Inicio: 03/02/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$66.071.556 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 (*)
TI	1023907095	ALISSON KATHERINE ALFONSO	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 N/A identificado (a) con la C.C. No. N/A 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.

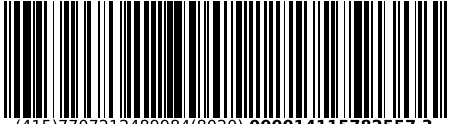
7. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (\$), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales
8. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en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

Diana Vega C.

Cédula de ciudadanía No. 53.893.070 de Soacha
Bogotá D.C., 01 Diciembre 2025

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141157825573			
				 (415)7707212489984(8020) 000014115782557 3			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 5 3 8 9 3 0 7 0		6. DV 1		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 5 3 8 9 3 0 7 0			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Cundinamarca 2 5		30. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4			
31. Primer apellido VEGA		32. Segundo apellido CIFUENTES		33. Primer nombre DIANA		34. Otros nombres MARCELA	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
41. Dirección principal TV 7 B ESTE 28 A 18 SUR							
42. Correo electrónico dmvc500@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 1 4 4 6 0 5 2 8 5		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7 4 9 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 1 7 0 9 2 5	48. Código 7 0 2 0	49. Fecha inicio actividad 2 0 1 7 0 9 2 5	50. Código 1 2	51. Código		
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 2 2 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
22- Obligado a cumplir deberes formales a							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
58. CPC				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 VEGA CIFUENTES DIANA MARCELA 985. Cargo CONTRIBUYENTE			

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.893.070**

VEGA CIFUENTES

APELLIDOS

DIANA MARCELA

NOMBRES


FIRMA



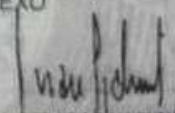
INDICE DERECHO

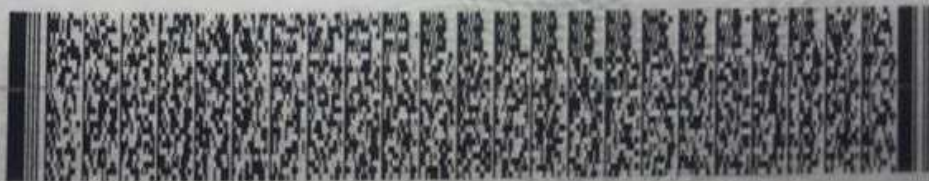
FECHA DE NACIMIENTO **02-ABR-1984**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.49 **A+** **F**
ESTATURA G.S. RH SEXO

13-AGO-2002 SOACHA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHIA



P-1524700-00891376-F-0053893070-20170327 0054573861G 1 9999421821

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.023.907.095**

ALFONSO VEGA

APELLIDOS

ALISSON KATHERINE

NOMBRES

Alisson K

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

20-ABR-2009

**BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

20-ABR-2027

FECHA DE VENCIMIENTO

A+

F

G S RH

SEXO

24-NOV-2016 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VAQUA



P-1500150-00869976-F-1023907095-20161208

0052465417A 1

1544203134

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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



NUIP 1.023.907.095

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

43381771

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 4 8

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

REGISTRADURIA DE SAN CRISTOBAL BOGOTA DC - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

Datos del inscrito

Primer Apellido ALFONSO Segundo Apellido VEGA
Nombre(s) ALISSON KATHERINE

Fecha de nacimiento Año 2 0 0 9 Mes A B R Día 2 0 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Número certificado de nacido vivo

51907096-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos VEGA CIFUENTES DIANA MARCELA
Documento de identificación (Clase y número) CC 53.893.070 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos ALFONSO SILVA NELSON OSWALDO
Documento de identificación (Clase y número) CC 80.883.141 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos ALFONSO SILVA NELSON OSWALDO
Documento de identificación (Clase y número) CC 80.883.141 Firma

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 2 0 0 9 Mes A B R Día 2 9

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS JAIME CASTAÑEDA VACA - REGIS
Nombre y firma

IMPRESO POR: (PARAMARCA) FORMAS E IMPRESOS S.A. INT 00175-02-5 TEL 430 210

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

HORARIO DE ATENCION A PADRES OTROS DEL

PAGADURÍA	LUNES A VIERNES	7:00 A.M. A 12: 00 M.
SECRETARÍA	LUNES A VIERNES	7: 00 A.M. A 1: 00 P.M - 1:30 P.M. A 2:30 P.M.