

 ADRES <small>ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD</small>	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/2019

Contrato No.	ADRES-CPS-241-2020		
Nombre del Contratista y/o Representante Legal	LIDY JOHANNA HERNANDEZ ALDANA		
Nombre del Supervisor y/o Interventor	MAURICIO PAEZ VILLALBA	Teléfono / Extensión	1868
Dependencia	Dirección de Otras Prestaciones		
Objeto del Contrato	Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con la verificación de soportes de las reclamaciones por eventos catastróficos de ficorigen natural, terroristas y accidentes de tránsito y de las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneios 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 modifiquen o sustituyan.		
Fecha de Inicio	14/07/2020	Fecha de Terminación	31/12/2020

Periodo del Informe de Actividades	Desde	14/07/2020	Hasta	31/07/2020
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.	Se efectuó la verificación de 15 reclamaciones asociadas a 345 ítems correspondientes al archivo: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	Archivo Excel: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	N/A
		Se efectuó la verificación de 66 reclamaciones asociadas a 537 ítems correspondientes al archivo: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846_Consistencia_Urgencia-Grupo 1	Archivo Excel: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846_Consistencia_Urgencia-Grupo 1	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/2019

2	Realizar la verificación de los soportes aportados en las solicitudes de recobros por tecnologías en salud no cubiertas por el Plan de Beneficios en Salud.	Se efectuó la verificación técnica de inclusión de los ítems recobrados en el Plan Obligatorio de Salud vigente a la fecha de prestación del servicio, correspondiente a la asignación: Sanitas PJU_2013-00612_4_Anexo Técnico, en relación a 14 recobros asociados a 38 ítems.	Archivo Excel: Sanitas PJU_2013 - 00612_4_Anexo Técnico.	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 efectuó la verificación de 15 reclamaciones asociadas a 345 ítems correspondientes al archivo: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	Archivo Excel: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	N/A
		Se efectuó la verificación de 66 reclamaciones asociadas a 537 ítems correspondientes al archivo: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846 _Consistencia_Urgencia-Grupo 1	Archivo Excel: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846 _Consistencia_Urgencia-Grupo 1	N/A
		Se efectuó la verificación técnica de inclusión de los ítems recobrados en el Plan Obligatorio de Salud vigente a la fecha de prestación del servicio, correspondiente a la asignación: Sanitas PJU_2013-00612_4_Anexo Técnico, en relación a 14 recobros asociados a 38 ítems.	Archivo Excel: Sanitas PJU_2013 - 00612_4_Anexo Técnico.	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 efectuó la verificación de 15 reclamaciones asociadas a 345 ítems correspondientes al archivo: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	Archivo Excel: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	N/A
		Se efectuó la verificación de 66 reclamaciones asociadas a 537 ítems correspondientes al archivo:	Archivo Excel: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/2019

		Re_Distribucion_G_3NVA_3 846_Conistencia_Urgencia-Grupo 1	_Consistencia_Urgencia-Grupo 1	
		Se efectuó la verificación técnica de inclusión de los ítems recobrados en el Plan Obligatorio de Salud vigente a la fecha de prestación del servicio, correspondiente a la asignación: Sanitas PJU_2013-00612_4_Anexo Técnico, en relación a 14 recobros asociados a 38 ítems.	Archivo Excel: Sanitas PJU_2013 - 00612_4_Anexo Técnico.	N/A
5	Analizar y documentar de los hallazgos evidenciados en las revisiones de calidad, como mecanismo de retroalimentación a los auditores de recobros y/o reclamaciones.	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
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 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	Apoyar en la ejecución del plan de capacitación y participación en la elaboración de evaluaciones de conocimiento.	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
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 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
9	Garantizar la consistencia de valores y cantidades de los paquetes de	Se efectuó la verificación de 15 reclamaciones asociadas a 345 ítems correspondientes al archivo:	Archivo Excel: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/2019

	Recobros reclamaciones verificados.	y/o	Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1) Se efectuó la verificación de 66 reclamaciones asociadas a 537 ítems correspondientes al archivo: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846_Constistencia_Urgencia-Grupo 1 Se efectuó la verificación técnica de inclusión de los ítems recobrados en el Plan Obligatorio de Salud vigente a la fecha de prestación del servicio, correspondiente a la asignación: Sanitas PJU_2013 -00612_4_Anexo Técnico, en relación a 14 recobros asociados a 38 ítems.	Archivo Excel: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846_Constistencia_Urgencia-Grupo 1 Archivo Excel: Sanitas PJU_2013 -00612_4_Anexo Técnico.	N/A 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 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
11	Apoyar la ejecución de las diferentes etapas del proceso integral de recobros y reclamaciones.		Se efectuó la verificación de 15 reclamaciones asociadas a 345 ítems correspondientes al archivo: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1) Se efectuó la verificación de 66 reclamaciones asociadas a 537 ítems correspondientes al archivo: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846_Constistencia_Urgencia-Grupo 1 Se efectuó la verificación técnica de inclusión de los ítems recobrados en el Plan Obligatorio de Salud vigente a la fecha de prestación del servicio, correspondiente a la	Archivo Excel: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1) Archivo Excel: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846_Constistencia_Urgencia-Grupo 1 Archivo Excel: Sanitas PJU_2013 -00612_4_Anexo Técnico.	N/A N/A N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/2019

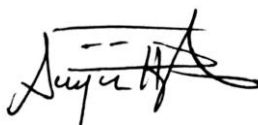
		asignación: Sanitas PJU_2013-00612_4_Anexo Técnico, en relación a 14 recobros asociados a 38 ítems.		
12	Participar activamente en las capacitaciones, reuniones, conciliaciones y/o mesas de trabajo programadas.	15/07/2020: Capacitación plataforma teams, proceso de inducción a Auditoría de reclamaciones.	Capacitación Plataforma MICROSOFT TEAMS (15/07/2020).	N/A
		16/07/2020: Capacitación plataforma teams, paso a paso en la revisión de soportes de reclamaciones y aplicativo, quiz de conocimientos generales en auditoría de reclamaciones. 9:00am – 12:00 m.	Capacitación Plataforma MICROSOFT TEAMS (16/07/2020).	N/A
		23/07/2020: Reunión y Capacitación plataforma teams, en referencia a la Validación de Recobros Saludcoop. 3:00pm – 5:00pm.	Capacitación Plataforma MICROSOFT TEAMS (23/07/2020).	N/A
		24/07/2020: Presentación y avance del proceso Saludcoop por plataforma teams.	Presentación por Plataforma MICROSOFT TEAMS (24/07/2020).	N/A
		28/07/2020: Capacitación plataforma teams, Sanitas EPS – Criterios de Revisión. 9:00am – 11:00am.	Capacitación Plataforma MICROSOFT TEAMS (28/07/2020).	N/A
		30/07/2020: Seguimiento Sanitas EPS. Avance. 10:00am – 10:30am.	Capacitación Plataforma MICROSOFT TEAMS (30/07/2020).	N/A
		31/07/2020: Capacitación plataforma teams, Cuentas de Cobro. 10:30am – 11:30am.	Capacitación Plataforma MICROSOFT TEAMS (31/07/2020).	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/2019

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 efectuó la verificación de 15 reclamaciones asociadas a 345 ítems correspondientes al archivo: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	Archivo Excel: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	N/A
		Se efectuó la verificación de 66 reclamaciones asociadas a 537 ítems correspondientes al archivo: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846_Constistencia_Urgencia-Grupo 1	Archivo Excel: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846_Constistencia_Urgencia-Grupo 1	N/A
		Se efectuó la verificación técnica de inclusión de los ítems recobrados en el Plan Obligatorio de Salud vigente a la fecha de prestación del servicio, correspondiente a la asignación: Sanitas PJU_2013-00612_4_Anexo Técnico, en relación a 14 recobros asociados a 38 ítems.	Archivo Excel: Sanitas PJU_2013 - 00612_4_Anexo Técnico.	N/A
14	Las demás actividades que se deriven del objeto y naturaleza del contrato, que para el efecto le asigne el supervisor del contrato	Se efectuó la verificación de 15 reclamaciones asociadas a 345 ítems correspondientes al archivo: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	Archivo Excel: Asignación furips-factura 16 jul Inducción (1)	N/A
		Se efectuó la verificación de 66 reclamaciones asociadas a 537 ítems correspondientes al archivo: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846_Constistencia_Urgencia-Grupo 1	Archivo Excel: Re_Distribucion_G_3NVAS_3846_Constistencia_Urgencia-Grupo 1	N/A
		Se efectuó la verificación técnica de inclusión de los ítems recobrados en el Plan Obligatorio de Salud vigente a la fecha de prestación del servicio, correspondiente a la asignación: Sanitas PJU_2013-00612_4_Anexo Técnico, en relación a 14 recobros asociados a 38 ítems.	Archivo Excel: Sanitas PJU_2013 - 00612_4_Anexo Técnico.	N/A

	PROCESO	GESTIÓN DE CONTRATACIÓN	CÓDIGO	GCON-FR01
	FORMATO	INFORME DE CUMPLIMIENTO DE AVANCES DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES Y PAGO	VERSIÓN	02
			FECHA	29/11/2019

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



Firma del Contratista

Fecha: 3/08/2020

BALANCE ECONÓMICO

Valor Total Contrato (Inicial + Adición)	Valor Pagado	Valor a Pagar	Saldo Liberado	Saldo por Pagar
21.387.444	0	2.019.925	0,00	19.367.519

La ADRES cancelará al CONTRATISTA, la suma de DOS MILLONES DIECINUEVEMIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS (\$ 2.019.925)

PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL PERSONAS NATURALES

Mes de ejecución contractual

CONCEPTO	PLANILLA No.	VALOR	PERIODO		FECHA DE PAGO
			DESDE	HASTA	
Salud					
Pensión					
ARL					

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	02
			FECHA	29/11/2019

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	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobante del pago de los Aportes respectivos al Sistema de Seguridad Social Integral en Salud y Pensiones y/o Aportes Parafiscales por parte del Contratista. 2. Formato de deducciones para efectos de retención en la fuente, suministrado por la entidad y el 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: <ol style="list-style-type: none"> 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., 3/08/2020	

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

CIUDAD: BOGOTA

FECHA: 3/08/2020

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: LIDY JOHANNA HERNANDEZ ALDANA

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ **No.** 65.823.879

CONTRATO No.: ADRES-CPS-241-2020 de 2020

OBJETO: Prestar apoyo técnico a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, en las actividades relacionadas con la 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 modifiquen o sustituyan.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 14/07/2020

HASTA: 31/07/2020

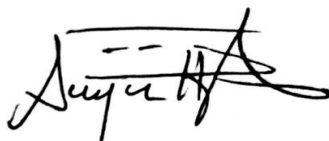
DOS MILLONES DIECINUEVE MIL NOVECIENTOS VEINTICINCO PESOS (\$ 2.019.925,00)

LA SUMA DE:

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 66 # 67 a - 76

TELÉFONO: 3204050321



FIRMA
C.C 65823879

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

Nombres y Apellidos	No. Identificación
LIDY JOHANNA HERNANDEZ ALDANA	65823879

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 8299 Tarifa ICA 9.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No ADRES-CPS-241-2020

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 (*)
T.I	1014862547	Karol Mariana Romero Hernández	HIJA

**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 RICHARD JAVIER ROMERO MESA identificado (a) con la C.C. No. 79.876.061 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 5700007000711017 de 2015, según certificación del año 2019; 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, artículo 2, numeral 1, 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**

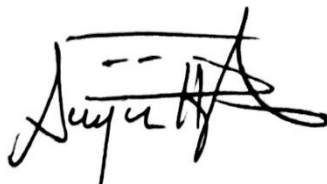
6. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ la suma de (\$), de la cual anexo certificación del Fondo de Pensiones. Lo anterior con el objeto de acceder a disminución de la base de retención en la fuente, de conformidad con lo consagrado en el artículo 126-1 del Estatuto Tributario, 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 _____ (Vacío) _____ 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 65.823.879
Bogotá D.C. 03 de agosto de 2020



Fecha de Radicación

25/06/2020

I. UNIDAD DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite
A. Afiliación ☒ B. Reporte de Novedades ☐

2. Tipo de Afiliación
A. Individuales > Cotizante o cabeza de Familia ☒ B. Colectiva ☐
C. Institución ☐ D. De oficio ☐

3. Régimen
A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐

4. Tipo de afiliado
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Pensionado ☐

5. Tipo de cotizante
A. Cotizante ☒ B. Indecentado ☐ C. Pensionado ☐

6. Código (a registrar por la EPS)

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 65.823879
9. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
10. Fecha de nacimiento: 01/03/1981
11. Etnia: Corina (66 H 67 A 76)
12. Ocupación: Ejecutiva
13. Puntaje SISBEN: 1
14. Grupo de población especial: No
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: Boinos Unidos
16. Administradora de pensiones: Boinos Unidos

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

17. Apellidos y nombres: Johana Aldana
18. Tipo de documento de identidad: CC
19. Número del documento de identidad: 3204050321
20. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
21. Fecha de nacimiento: 01/03/1981
22. Apellidos y nombres: Johana Aldana
23. Tipo de documento de identidad: CC
24. Número del documento de identidad: 3204050321
25. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
26. Fecha de nacimiento: 01/03/1981
27. Datos de residencia: Corina (66 H 67 A 76)
28. Tipo de documento de identidad: CC
29. Número del documento de identidad: 3204050321
30. Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
31. Fecha de nacimiento: 01/03/1981
32. Datos de residencia: Corina (66 H 67 A 76)
33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS): 3204050321

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS: Copam floresta
35. Tipo de documento de identificación: CC
36. Número del documento de identificación: 65823879
37. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS): Boinos Unidos
38. Tipo de documento de identificación: CC
39. Número del documento de identificación: 3204050321

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

40. Tipo de Novedad:
1. Modificación de datos básicos de identificación ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación ☐ 3. Actualización del documento de identidad ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS ☐ 6. Reinscripción en la EPS ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar ☒ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando ☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas ☐ 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado ☐ 14. Traslado: A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen ☐ 15. Reporte de fallecimiento ☐ 16. Reporte del trámite de jubilación al cesante ☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado ☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado ☐

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación:
Tipo de documento de identidad: CC
Número del documento de identidad: 65823879
Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐
Fecha de nacimiento: 01/03/1981
42. Fecha de novedad: 25/06/2020
43. EPS anterior: Boinos Unidos
44. Motivo de traslado: 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones: Boinos Unidos

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS mantenga los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1561 de 2012 y el Decreto 1377 de 2011
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario
55. El empresario, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CC, TI, CC, PA, CE, CD, SG
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en el que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración sujeta por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Certificación de inscripción a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de riesgo

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio: Código del departamento: Número de la folia: Puntaje: Nivel: Fecha de radicación: 25 JUN 2020
67. Datos del SISBEN: Número de la folia: Puntaje: Nivel: Fecha de radicación: 25 JUN 2020
68. Fecha de validación: 25 JUN 2020
69. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido: Segundo Apellido: Primer Nombre: Segundo Nombre: Tipo de documento de identidad: Número del documento de identidad: Observaciones: Independiente
70. Firma del funcionario: Independiente

**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LIDY JOHANNA HERNANDEZ ALDANA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **65.823.879**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 31 de Julio del 2020.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP

1014862547

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

4 0461229

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

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

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

NOTARIA 52 BOGOTA DC COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido

ROMERO

Segundo Apellido

HERNANDEZ

Nombre(s)

KAROL MARIANA

Fecha de nacimiento

Año 2007 Mes ABR Día 01

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo Sanguíneo

O

Factor RH

+

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA DC

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE -NACIDO VIVO

Numero certificado de nacido vivo

A7929564

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

HERNANDEZ ALDANA LIDY JOHANNA

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0065823879

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ROMERO MESA RICHARD JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0079876061

Nacionalidad

COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROMERO MESA RICHARD JAVIER

Documento de identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 0079876061

Firma

[Firma manuscrita]

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

[Espacio para datos del primer testigo]

Documento de identificación (Clase y número)

[Espacio para documento de identificación del primer testigo]

Firma

[Espacio para firma del primer testigo]

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

[Espacio para datos del segundo testigo]

Documento de identificación (Clase y número)

[Espacio para documento de identificación del segundo testigo]

Firma

[Espacio para firma del segundo testigo]

Fecha de inscripción

Año 2007 Mes ABR Día 28

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MARCO AURELIO ESPITIA PAT

Nombre y firma



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -


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

 Cliente: **LIDY JOHANNA HERNANDEZ ALDANA**

Fecha de solicitud: 2020-07-16

Identificación: C.C 65823879

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

Fecha de expedición: 2020-03-18

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2018	SALDO AL 31.DIC.2019	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2019	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700007000711017	03/09/2015	\$60,200,000.00	\$52,455,035.34	\$49,486,270.47	\$7,201,600.00	\$3,646,030.59	\$3,646,030.59	\$0.00
TOTALES			\$60,200,000.00	\$52,455,035.34	\$49,486,270.47	\$7,201,600.00	\$3,646,030.59	\$3,646,030.59	\$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.

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.

CREDITOS CONSTRUCTOR, CREDIEXPRES, CREDIPLUS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	VALOR UTILIZACIONES	SALDO AL 31.DIC.2019	PAGOS DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CREDIEXPRESS	6500007000711025	\$0.00	\$3,277,443.87	\$6,350,000.00	\$1,424,550.84	\$0.00
TOTALES		\$0.00	\$3,277,443.87	\$6,350,000.00	\$1,424,550.84	\$0.00