Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO

(Articulos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.	**1612 - 2020**											
2	Nombre del Contratista	**ORTIZ VINCHERY GADY JESSICA IVETH**											
3	Identificación	CC	**x**	CE				**1014217827**					
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	**X**	REGIMEN SIMPLE	
5	Residente en el país (Extranjeros)									SI		NO	
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)									SI		NO	**X**
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2020, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2020), equivalentes a $49,849,800									SI		NO	**X**
8	Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el **MES ANTERIOR** provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.												
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado $	**23,100.00**						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado $		**29,600.00**			
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL $	**4,600.00**						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente					
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual												
	AFC $							Ahorro Voluntario Pensión $					
10	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2020). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo									SI		NO	**X**
11	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2020). v/r maximo deduccion mensual $569,712									SI		NO	**X**
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mi.												
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo									SI	**X**	NO	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo									SI		NO	**X**
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2020) $9,257,820. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo									SI		NO	**X**
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.									SI		NO	**X**
14	**(OPCIONAL)** Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:											%	

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.



Dada en Bogotá D.C. a los: DD **9** MM **2** AA **2021**

_____

FIRMA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1016723695

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 43989645

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [17] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 1 0 1 7

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA-

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PEINADO-	ORTIZ-

Nombre(s)
ISABELLA-

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 1 1 Mes F e b Día 0 6	FEMENINO-	A	POSITIVO

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

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO-	10530170-6

Datos de la madre
Apellidos y nombres completos
ORTIZ VINCHERY GADY JESSICA IVETH-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1014217827 DE BOGOTA-	COLOMBIANA-

Datos del padre
Apellidos y nombres completos
PEINADO SIERRA WILLIAM ANDRES-

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1031134123 DE BOGOTA-	COLOMBIANA-

Datos del declarante
Apellidos y nombres completos
PEINADO SIERRA WILLIAM ANDRES-

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1031134123 DE BOGOTA-	Andres Peinado

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 1 Mes F e b Día 1 4	MIRIAN SUAREZ SUAREZ Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Andres Peinado S. Firma	MIRIAN SUAREZ SUAREZ Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS T 43 F 178

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

RAZON SOCIAL :	GADY JESICA IVETH ORTIZ VICHERRY
IDENTIFICACION:	CC-1014217827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-02-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-02-17
FECHA DE PAGO:	2021-02-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2021-01
PERIODO SALUD:	2021-01
NUMERO PLANILLA:	19862093
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	19862093
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 184.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 23.100	$ 23.100
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 184.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 29.600	$ 29.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 184.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 4.600	$ 4.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 57.300	$ 57.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	05/03/2021

ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	GADY JESICA IVETH ORTIZ VICHERRY
IDENTIFICACION:	CC-1014217827
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACION REPORTE:	2021-02-19
FECHA LIMITE DE PAGO:	2021-03-05
FECHA DE PAGO:	2021-02-17
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO AV VILLAS
PERIODO PENSION:	2021-02
PERIODO SALUD:	2021-02
NUMERO PLANILLA:	19862098
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	19862098
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 277.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.700	$ 34.700
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 277.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 44.400	$ 44.400
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 277.200	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 6.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 85.900	$ 85.900

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/04/2021

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1014217827
NOMBRES	GADY JESSICA IVETH
APELLIDOS	ORTIZ VINCHERY
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOYACA
MUNICIPIO	CHIQUINQUIRA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	NUEVA EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	01/11/2019	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	01/25/2021 15:03:17	Estación de origen:	186.84.88.82

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA