

INSTRUCTIVO PARA EMITIR CERTIFICADO RETENCION EN LA FUENTE EN LINEA

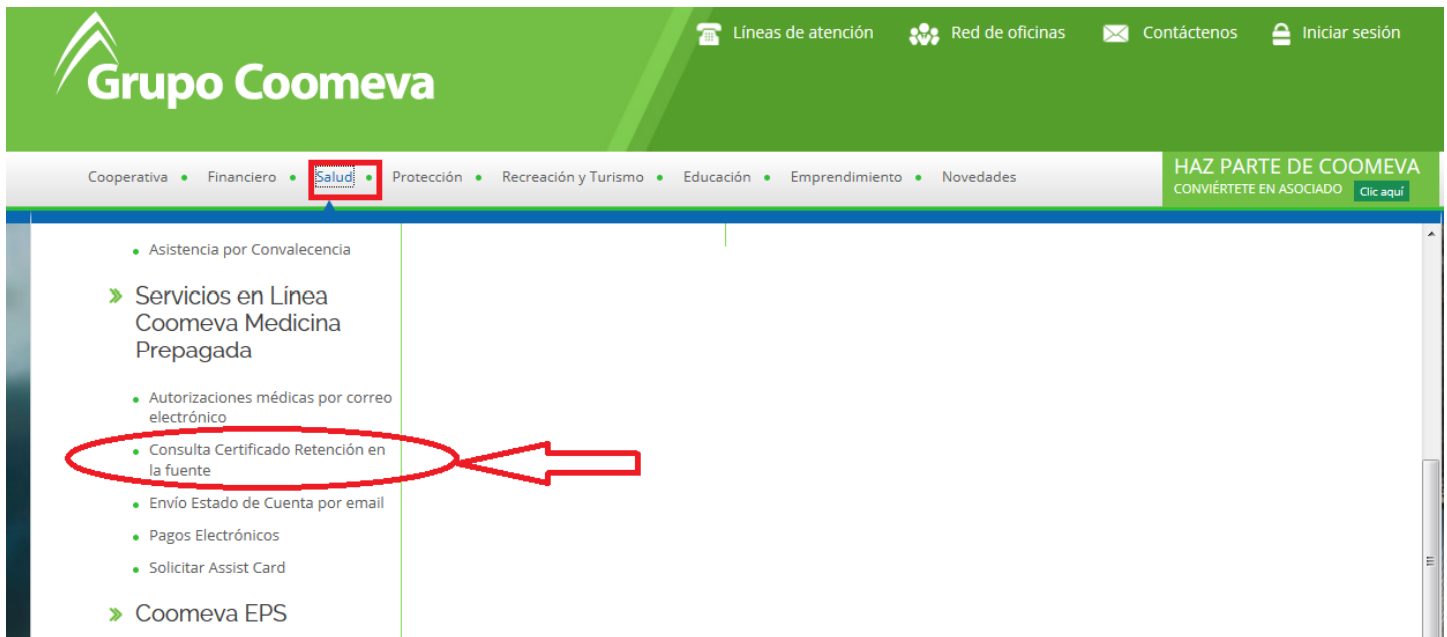
- Ingresa por la página www.coomeva.com.co



- selecciona la opción “Salud”



- **Servicios en línea Coomeva Medicina Prepagada “consulta certificado retención en la fuente”**



- **Acá se digita el número de documento del contratante, y se da clic en Consultar**

The screenshot shows the 'Consulta de Certificados Retefuente' page on the Coomeva Medicina Prepagada website. The page has a header with the Coomeva logo, 'Medicina Prepagada', and a language dropdown set to 'Spanish'. The main title is 'Consulta de Certificados Retefuente'. Below the title, there is a 'Validación Afiliado' section. It contains the text: 'Apreciado afiliado, le solicitamos el favor que responda unas preguntas que nos permitirán validar su identidad. Si va a digitar un NIT, favor no ingresar el dígito de verificación.' Below this text is a label 'Identificación' followed by an input field (circled in red with a red arrow pointing to it). At the bottom of the form are two buttons: 'Consultar' and 'Limpiar'. At the very bottom of the page, there is a green bar with the text 'Campos Obligatorios'.

- Acá aparecera 5 preguntas de validacion de usuario, dar click en la opcion correcta

Validación Afiliado

1 de 5

¿En qué ciudad usted se encuentra vinculado?

☐ CURACAO

☐ MEDELLIN

☐ NEW YORK

☐ CUCUTA

Aceptar

Salir

Validación Afiliado

2 de 5

¿Cual de los siguientes números telefónicos tiene o ha tenido alguna relación con usted?

☐ 3108232975

☐ 4057507

☐ 5219099

☐ 8933019

Aceptar

Salir

3 de 5

¿Con cual de los siguientes estados civiles se encuentra registrado?

- ☐ ESPECIAL NE
- ☐ SOLTERO
- ☐ MENOR EDAD
- ☐ OTROS

Aceptar

Salir

4 de 5

¿Cual de las siguientes direcciones tiene o ha tenido alguna relación con usted?

- ☐ CL 4 SUR 43AA-30 PISO 10
- ☐ AV 3N 23BN 43 APT 1104B
- ☐ CL 82 N 50 A 67
- ☐ AV COLOMBIA # 4 OESTE 49

Aceptar

Salir

5 de 5

¿Actualmente tiene usted posee algun plan ORO?

- ☐ Si
- ☐ No

Aceptar

Salir

- Acá selecciona el año del cual desea emitir la información y clic en **CONSULTAR**

Consulta de Certificados Retefuente

[Salir](#)

Seleccionar Año

Por favor seleccione el año del certificado

-- Seleccione -- ▼

Consultar Limpia

Campos Obligatorios

- Acá aparecerá el certificado en PDF

¿Desea abrir o guardar certificacionRteFuenteMP.pdf desde oficinavirtualmp.cooameva.com.co?

Abrir

Guardar ▼

Cancelar

×

- Este es un ejemplo del formato que saldrá impreso su certificado.



COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

NIT. 805.009.741-0

CERTIFICA

Que el Señor(a) [REDACTED] con cédula de ciudadanía Nro. [REDACTED] se encuentra afiliado(a) a nuestro servicio de MEDICINA PREPAGADA.

Beneficiario	Identificación	Plan - Programa	Parentesco	Fecha Inicio	Valor
OSPINA RESTREPO OLGA CECILIA	[REDACTED]	F TRAD	OTROS	1989/03/01	\$ 1.406.200,00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2013 pagó por concepto de Medicina Prepagada la suma de: \$ 1.406.200,00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2013 pagó por concepto de IVA del servicio Medicina Prepagada la suma de: \$ 70.310,00

Monto total de los pagos: \$ 1.476.510,00

Se expide este certificado a los 2 días del mes de Febrero de Dos mil quince (2015). De acuerdo con lo dispuesto en el Literal a) del Artículo 387 del Estatuto Tributario y el Artículo 6 del decreto 4713 de Diciembre 26 de 2.005.

DIRECCION NACIONAL OPERATIVA DE SALUD

COOMEVA Medicina Prepagada.

COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, Autorizada por resolución Nro. 1667 de diciembre 12 de 1.997, de la Superintendencia Nal de Salud.