

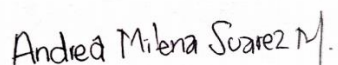
**FAMEDIC IPS**  
**NIT.900.405.505-1**

**DEBE A: ANDREA MILENA SUAREZ MORENO**  
**CC. 1.118.552.700 DE YOPAL**

**LA SUMA DE:**  
**DOS MILLONES DE PESOS**  
**(\$2.000.000)**

**Por concepto de:** Prestación de servicios como Enfermera del programa de CITOLOGIAS, toma de muestras de laboratorio y asistencia a especialista durante el mes de OCTUBRE de 2020.

En Yopal, a los nueve (09) días del mes Noviembre de 2020.



---

**ANDREA MILENA SUAREZ MORENO**  
**CC. 1.118.552.700 DE YOPAL**

Yopal, 09 de Noviembre de 2020

Señores:

**SERVICIOS MEDICOS FAMEDIC S.A.S**

CRA 21 B N 22-20

Cordial saludo

Yo, ANDREA MILENA SUAREZ MORENO identificada con cedula de ciudadanía número 1.118.552.700 expedida en YOPAL- CASANARE , por medio del presente certifico bajo la gravedad de juramento, que mis ingresos mensuales por concepto de contratos de prestación de servicios como independiente en FAMEDIC IPS no se encuentran en los rangos de las UVT, pertenezco al régimen simplificado por lo anteriormente anotado, le solicito respetuosamente dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 13 de la ley 1527 de 2012 para aplicación de la correspondiente tabla de retención como figura en la tabla anexa.

Rangos en UVT ( AÑO 2020 \$ 35.600)		TARIFA
Desde	Hasta	
>100	150	2%
>150	200	4%
>200	250	6%
>250	300	8%

Agradezco su atención,

*Andrea Milena Suarez M.*

---

**ANDREA MILENA SUAREZ MORENO**  
**CC. 1.118.552.700 DE YOPAL**

## CERTIFICACIÓN

Yo, ANDREA MILENA SUAREZ MORENO identificada con cedula de ciudadanía número 1.118.552.700 de YOPAL **AUTORIZO**, para que me sean consignados en mi cuenta bancaria el valor correspondiente al pago por servicios prestados (honorarios) a **FAMEDIC IPS**.

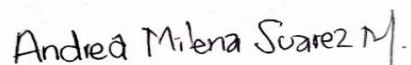
**NOMBRE DEL BANCO: BANCOLOMBIA**

**No. CUENTA: 358-758984-59**

**TIPO DE CUENTA: AHORROS**

**CIUDAD DE DONDE ES LA CUENTA: SOGAMOSO**

Atentamente



---

**ANDREA MILENA SUAREZ MORENO**  
**CC. 1.118.552.700 DE YOPAL**