

CIUDAD: Bogota D.C

FECHA: 26/09/2025

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: MERY SORAIDA HOYOS ORDOÑEZ

IDENTIFICACIÓN: CC NIT No. 55.182.801

CONTRATO No.: ADRES-CPS-201-2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES apoyando en las labores operativas de seguimiento y evaluación de los procesos de liquidación, reconocimiento y pago de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y de reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social ID-021-DOP.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/09/2025

HASTA: 26/09/2025

LA SUMA DE: SIETE MILLONES TRESCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS CUARENTA Y TRES PESOS CON TRECE GENTAVOS MCTE (\$7.379.943,13)

POR CONCEPTO DE: HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 9a Nro 116 a Sur 10

TELÉFONO: 3103250559

Mery Soraida Hoyos Ordoñez

FIRMA
C.C 55182801



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

Bogotá D.C., 26 de septiembre de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Mery Soraida Hoyos Ordoñez	55182801

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-201-2025

Fecha de Inicio: 27/01/2025 Fecha de Terminación: 26/09/2025

Valor total del Contrato: \$ 68.122.552 Prórroga: SI NO

Valor por concepto de Honorarios 2025: 7.379.943,13

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 (*)
CC	1061691199	Oscar David Mosquera Hoyos	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 XXXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXXXX 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, Obligacion_____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,

Mery Soraida Hoyos Ordoñez

Firma:
Mery Soraida Hoyos Ordoñez
Cédula de ciudadanía No. 55.182.801 de San Agustín
Bogotá D.C., 26 septiembre 2025

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55182801		HOYOS ORDOÑEZ MERY SORAI DA	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CL 133A 100C 22	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3103250559	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha		Pago		Valor
						Limite	Pago	Dias Mora	Valor	
2025-08	2025-08	1727670557	9490868196		I	2025/09/02	2025/08/26	0	0	\$988,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																
No.	Identificación	Nombre	NOVEDADES				PENSION		RIESGOS		PARAFISCALES					
			Ingre	Ret	De	Tac	Dias	Code	Dias	Code	Tarifa	Dias	Code			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																
Ciudad: BOGOTÁ Depto: BOGOTÁ D.E. (1 Afiliados)																
1	CC 55182801	HOYOS MERY					23030	30	EP5037	30	0	14-23	30	0.522%	0	No
Total	Afiliados(1)															

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante		Sucursal Principal	Direccion	Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 55182801		HOYOS ORDOÑEZ MERY SORAI DA	INDEPENDIENTE		PRINCIPAL	CL 133A 100C 22	BOGOTÁ-BOGOTÁ D.E.	3103250559	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION										
Periodo	Salud	Clave	Planilla	Planilla	Tipo	Fecha		Pago		Valor
						Limite	Pago	Dias Mora	Valor	
2025-08	2025-08	1727670557	9490868196		I	2025/09/02	2025/08/26	0	0	\$988,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$545,200	\$0	\$0	\$0	\$545,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$545,200	\$0	\$0	\$0	\$545,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$17,800	\$0	\$0	\$0	\$17,800
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$17,800	\$0	\$0	\$0	\$17,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$425,900	\$0	\$0	\$0	\$425,900
NUEVA E.P.S.	EP5037	900,156,264	2	1	\$425,900	\$0	\$0	\$0	\$425,900
TOTAL				1	\$988,900	\$0	\$0	\$0	\$988,900

