

CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 1/10/2025

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: ROSA ELENA GONZÁLEZ ORJUELA

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☐ No. 52.985.240

CONTRATO No.: ADRES-CPS-282 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación y control de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos y/o servicios complementarios, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT o con póliza SOAT a tarifa diferencial por riesgo, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. ID-108-DOP

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/09/2025 **HASTA:** 30/09/2025

LA SUMA DE: CINCO MILLONES OCHOCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y DOS PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS M/C (\$5.841.692,33)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 94 # 152-50

TELÉFONO: 3143913180

Rosa González

FIRMA
C.C. 52.985.240

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52985240		GONZALEZ ORJUELA ROSA ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 94 No. 152-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143913180	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1769868461		9490788240	I	2025/09/09	2025/09/11	BANCOLOMBIA	\$702,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,418,000	\$386,900			\$2,418,000	\$302,300			\$0	\$0			\$2,418,000	\$12,700		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,418,000	\$386,900			\$2,418,000	\$302,300			\$0	\$0			\$2,418,000	\$12,700		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,418,000	\$386,900			\$2,418,000	\$302,300			\$0	\$0			\$2,418,000	\$12,700		\$0	\$0
1	CC 52985240	GONZALEZ ROSA	230301	30	\$2,418,000	\$386,900	EPS005	30	\$2,418,000	\$302,300		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,418,000	\$12,700	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,418,000	\$386,900			\$2,418,000	\$302,300			\$0	\$0			\$2,418,000	\$12,700		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52985240		GONZALEZ ORJUELA ROSA ELENA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Carrera 94 No. 152-50	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3143913180	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-08	2025-08	1769868461		9490788240	I	2025/09/09	2025/09/11	BANCOLOMBIA	\$702,900

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$386,900	\$500	\$0	\$387,400	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$386,900	\$500	\$0	\$387,400	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$12,700	\$100	\$0	\$12,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$12,700	\$100	\$0	\$12,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$302,300	\$400	\$0	\$302,700	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$302,300	\$400	\$0	\$302,700	
TOTAL				1	\$701,900	\$1,000	\$0	\$702,900	



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

Bogotá D.C., 01 de octubre de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Rosa Elena González Orjuela	52.985.240

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 6910, Tarifa ICA 8,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-282-2025

Fecha de Inicio: 30/01/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$66.675.869 Prórroga: SI ☒ NO ☐

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$ 6.043.130,00

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 (*)

(*) 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. XXXXXXX 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 _____ 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,

Firma: Rosa González

Rosa Elena González Orjuela
Cédula de ciudadanía No. 52.985.240 de Bogotá
Bogotá D.C., 01/10/2025