CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 4/11/2025

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: Pablo Jose Wilches Chaparro

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.030.627.318

CONTRATO No.: ADRES-CPS-494 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-049-DOP

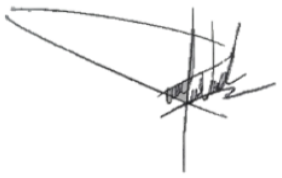
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/10/2025 **HASTA:** 31/10/2025

LA SUMA DE: SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE. ($ 6.043.130)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 58 bis sur 78 a 34

TELÉFONO: 3124411144



FIRMA
C.C .1.030.627.318

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030627318	PABLO JOSE WILCHES CHAPARRO	cll 58 bis sur 78 a 34	7774203	pablow0993@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	14/10/2025	90555993	$701.700	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	302.200	0		0		0	0	0	0	302.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	386.800	0	0	0	0	0	0		386.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	12.700				12.700	0	0	12.700			127	12.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	302.200	302.200
Pensión	1	386.800	386.800
Riesgos Laborales	1	12.700	12.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	701.700	701.700

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1030627318	PABLO JOSE WILCHES CHAPARRO		cll 58 bis sur 78 a 34	7774203	pablow0993@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	14/10/2025	90555993	$701.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1030627318	WILCHES CHAPARRO PABLO JOSE	59	0			N																	230301	2.417.252	386.800	0	0	0	0	EPS005	2.417.252	302.200	14-23	2.417.252	1	12.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

Bogotá D.C.,04 de noviembre de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Pablo Jose Wilches Chaparro	1.030.627.318

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 9.66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-494-2025
Fecha de Inicio: 24 de febrero de 2025 Fecha de Terminación: 31 de diciembre 2025
Valor total del Contrato: $ 61.841.365 Prórroga: SI X NO
Valor por concepto de Honorarios 2025: **6.043.130**

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 (*)
RC	1141378782	JUAN JOSE WILCHES GONZALEZ	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 XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX 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.

ADRES

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,



Pablo Jose Wilches Chaparro
Cédula de ciudadanía No. 1.030.627.318 de Bogotá
Bogotá D.C., 04 noviembre 2025.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 141161324603

(415)7707212489994(8020) 000014116132460 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 3 0 6 2 7 3 1 8	9	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente		25. Tipo de documento		26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida	2	Cédula de Ciudadanía	1 3	1 0 3 0 6 2 7 3 1 8	

Lugar de expedición	28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9		Bogotá D.C.	1 1	Bogotá, D.C.	0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
WILCHES	CHAPARRO	PABLO	JOSE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C.	1 1	Bogotá, D.C.	0 0 1

41. Dirección principal: CL 58 BIS SUR # 78 A - 34

42. Correo electrónico: pablo.wilches0993@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 4 4 1 1 1 4 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 7 0 4 1 3							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																				

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: HERNANDEZ MORERA LAURA VIVIANA

985. Cargo: Gestor III

Fecha generación documento PDF: 31-10-2025 09:33:52PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 62292360

NUIP 1141378782

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D T Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. - NOTARIA 68 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
WILCHES	GONZALEZ

Nombre(s)

JUAN JOSE

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ABR Día 16	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	172727012

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: GONZALEZ PEREZ LINA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1032441997	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: WILCHES CHAPARRO PABLO JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1030627318	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: WILCHES CHAPARRO PABLO JOSE

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1030627318	

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 2022 Mes ABR Día 20	JORGE HERNANDO RICO GRIELO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	JORGE HERNANDO RICO GRIELO Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

~~OTORGA 229 FOLIO 67 NO SE TOMAN HUELLAS PLANTARES SEGÚN CIRCULAR CONJUNTA 037 DE 21/03/2020.;20/04/2022~~

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA NOTARIA, SE EXPIDE EN BOGOTA D.C., PARA DEMOSTRAR PARENTESCO, HOY 20 ABR 2022 CON VALIDEZ PERMANENTE.

EL NOTARIO