

CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 01/12/2025

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: MANUEL ALEJANDRO SANTIZ CARVAJAL

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☒ **NIT** ☐ **No.** 79.221.432

CONTRATO No.: ADRES-CPS-379 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, control y verificación 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, 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, así como la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos y solicitud de veracidades. ID 018

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01/11/2025 **HASTA:** 30/11/2025

LA SUMA DE: SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE. (\$6.043.130,00)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 88 49A-61

TELÉFONO: 3203666735



FIRMA
C.C .79.221.432

Se certifica que la empresa , identificada con CC-79221432 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA		CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL
Período pensión:	2025-10	230301	800224808	PORVENIR	1	20	386.800	4.900	391.700
Período salud:	2025-10	EPS001	830113831	ALIANSA SALUD EPS	1	20	302.200	3.800	306.000
Planilla Nro.:	35225516 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	20	12.700	200	12.900
Clase de aportante:	I	CCF24	860066942	COMPENSAR-CCF	1	20	48.400	700	49.100
Fecha transacción:	2025-12-01	PASENA	899999034	SENA	0	20	0	0	0
Banco:	BANCO CAJA SOCIAL	PAICBF	899999239	ICBF	0	20	0	0	0
Transacción:	1971234433	PAESAP	899999054	ESAP	0	20	0	0	0
		PAMIED	899999001	MINEDU	0	20	0	0	0
GRAN TOTAL								\$ 759.700	

PAGADO



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

Bogotá D.C., 01 de diciembre de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
MANUEL ALEJANDRO SANTIZ CARVAJAL	79.221.432

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 6.9

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-379-2025

Fecha de Inicio: 13/02/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$ 64.057.179 Prórroga: SI ☒ NO ☐

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

Durante el año gravable 2024 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 (*)
Registro Civil	1023087412	SAMUEL SANTIZ SANCHEZ	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 VERÓNICA SÁNCHEZ RUEDA identificado (a) con la C.C. No. 1.018.502.506 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:
Cédula de ciudadanía No. 79.221.432 de Soacha
Bogotá D.C., 01/12/2025



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

62158571

NUIP 1023087412

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 7 C

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARIA 8 BOGOTÁ DC

Datos del inscrito

SANTIZ * * * * * Primer Apellido SÁNCHEZ * * * * * Segundo Apellido

SAMUEL * * * * * Nombre(s)

Año 2 0 2 4 Mes J U N Día 2 6 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo 24062311024520 * *

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)

SANCHEZ RUEDA VERONICA * * * * * Apellidos y nombres completos

CC No. 1018502506 * * * * * Documento de identificación (Clase y número)

COLOMBIA * * * * * Nacionalidad

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)

SANTIZ CARVAJAL MANUEL ALEJANDRO * * * * * Apellidos y nombres completos

CC No. 79221432 * * * * * Documento de identificación (Clase y número)

COLOMBIA * * * * * Nacionalidad

Datos del declarante

SANTIZ CARVAJAL MANUEL ALEJANDRO * * * * * Apellidos y nombres completos

CC No. 79221432 * * * * * Documento de identificación (Clase y número)

Firma

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 Año 2 0 2 4 Mes J U L Día 0 5

Nombre y firma del funcionario que autoriza WILLIAM URREA ROCHA (E)

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento WILLIAM URREA ROCHA (E)

Reconocimiento paterno

Firma

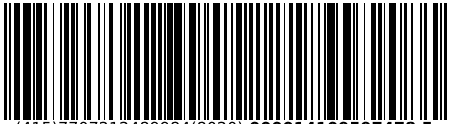
ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - LIBRO DE VARIOS TOMO 258 FOLIO 240.-;05/07/2024

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

William Urrea Rocha

Cadema S.A.

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 1 3 Actualización de oficio				4. Número de formulario 141095974785			
				 (415)7707212489984(8020) 000014109597478 5			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 7 9 2 2 1 4 3 2		6. DV 4		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá		14. Buzón electrónico 3 2	
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 7 9 2 2 1 4 3 2			
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Cundinamarca 2 5		30. Ciudad/Municipio Soacha 7 5 4			
31. Primer apellido SANTIZ		32. Segundo apellido CARVAJAL		33. Primer nombre MANUEL		34. Otros nombres ALEJANDRO	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1			
41. Dirección principal 53 B 51 60 SUR							
42. Correo electrónico santizalejandro8415@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 3 2 0 3 6 6 7 3 5			
				45. Teléfono 2			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 6 9 1 0	47. Fecha inicio actividad 2 0 2 2, 0 8, 0 1	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5 4 9							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				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 ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA 985. Cargo			