CIUDAD: Bogotá

FECHA: 01 de Diciembre de 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: DEISY PAOLA MATEUS MATEUS

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.032.368.557

CONTRATO No.: ADRES-CPS-488-2025.

OBJETO: pago 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; lo anterior, conforme a lo establecido en la normativa y manuales vigentes. ID-053-DOP.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01 de Noviembre de 2025. **HASTA:** 30 de Noviembre de 2025.

LA SUMA DE: Cuatro millones setecientos veinte mil quinientos ocho pesos ($4.720.508 MTCE).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 1 sur N 2 C 17.

TELÉFONO: 3102296782



FIRMA
C.C 1.032.368.557

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): DEISY PAOLA MATEUS MATEUS
No. Identificación: CC1032368557
Dirección: CALLE 1 2 17
Telefono: 3068453
Correo: mateusp1986@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8391472697

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	DEISY PAOLA MATEUS MATEUS	**Número de Empleados**	1
Tipo y número de identificación	CC1032368557	**Periodo de Cotización Salud**	noviembre de 2025
Número de planilla	8391472697	**Periodo de Cotización Pensión**	noviembre de 2025
Fecha pago	2025-11-24	**Número de Administradoras**	3
Número de autorización pago	93284960	**Total Pagado**	548600
Banco	1023	**Total Intereses de Mora**	0

PAGADA
8391472697

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	9900	1
230301	Porvenir	302400	1
EPS008	Compensar EPS	236300	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1032368557
APELLIDOS Y NOMBRES: DEISY PAOLA MATEUS MATEUS

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	1890000	1890000	1890000	0	236300	0	302400	0	9900	0

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

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **DEISY PAOLA MATEUS MATEUS**, identificada con **CC** número **1032368557**, aportó por **DEISY PAOLA MATEUS MATEUS** identificado(a) con **CC** número **1032368557** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 11 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	57															0		30	$1,890,000	0.12500	$236,300	$0	$0	Noviembre - 2025	8391472697	24/11/2025	NO
230301	Porvenir	57															0		30	$1,890,000	0.16000	$302,400	$0	$0	Noviembre - 2025	8391472697	24/11/2025	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57															0		30	$1,890,000	0.00522	$9,900	$0	$0	Noviembre - 2025	8391472697	24/11/2025	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **25** días del mes **Noviembre**de **2025**

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. 01 de diciembre de 2025.

Nombres y Apellidos	No. Identificación
DEISY PAOLA MATEUS MATEUS	1.032.368.557.

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-488-2025.
Fecha de Inicio:24/02/2025 Fecha de Terminación: 31/12//2025
Valor total del Contrato: $ 48.306.533Prórroga: SI ☒ NO ☒
Valor por concepto de Honorarios 2025: $ 4.720.508
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 (*)
TI	1.034.304.389	ISABELA VARGAS MATEUS	HIJA

(*) CALIDAD DEPENDIENTES

a) Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

ADRES

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.

ADRES

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

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.

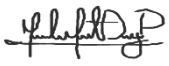
   Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.
   _____
   _____

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. 1.032.368.557 de Bogotá
Bogotá D.C., 01 de diciembre 2025.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP **1034304389**

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53095120

5309512O

Datos de la oficina de registro – Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código
☐	☒ X	01	☐	☐	☐	1001

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA – CUNDINAMARCA – BOGOTA D.C. – NOTARIA PRIMERA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARGAS	**MATEUS**

Nombre(s)
ISABELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2013 Mes OCT Día 10	**FEMENINO**	**A**	**P**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA – CUNDINAMARCA – BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	**1236209-2**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos
MATEUS MATEUS DEISY PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCN°1032368557 DE BOGOTA	**COLOMBIANO(A)**

Datos del padre

Apellidos y nombres completos
VARGAS TORRES JOHN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CCN°79.428.167 DE BOGOTA	**COLOMBIANO(A)**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
VARGAS TORRES JOHN ALEXANDER

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CCN°79.428.167 DE BOGOTA	X John Vargas

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
****	

NOTARIA PRIMERA DEL CIRCULO DE BOGOTA
Es fiel Copia Del Original Dada en Bogotá D.C.
Valida para demostrar parentesco.
R.C.
11 NOV 2021
Hoy.
NOTARIA ENCARGADA

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2013 Mes NOV Día 06	Nombre y firma del declarante

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario que autoriza el reconocimiento
X John Vargas Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ANOTADO EN EL LIBRO DE VARIOS 29 FOLIO 39

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.657-6 TEL. 430 2110

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.034.304.389**
VARGAS MATEUS

APELLIDOS
ISABELA

NOMBRES
Isabela Vargas

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-OCT-2013**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

10-OCT-2031
FECHA DE VENCIMIENTO

04-ENE-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ G S RH
F SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01196183-F-1034304389-20210104 0072993446A 1 8501247430

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141161236508

(415)7707212489984(8020) **000014116123650 8**

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

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
MATEUS	MATEUS	DEISY	PAOLA

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 1 SUR 2 C 17

42. Correo electrónico mateusp1986@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 2 2 9 6 7 8 2	6 0 1 3 0 6 8 4 5 3

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
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 2 4 0 5 0 6						

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	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

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

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 MATEUS MATEUS DEISY PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO