

**CIUDAD:** Bogotá

**FECHA:** 31/12/2025

**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:** ELIANA MORENO GONZALEZ

**IDENTIFICACIÓN:** **CC**  **NIT**  **No.** 1.024.561.189

**CONTRATO No.:** 152 de 2025

**OBJETO:** Prestar servicios profesionales para adelantar las actuaciones administrativas y operativas del proceso de gestión de cobro, encaminadas al recaudo de las acreencias por todo concepto a favor de la administradora de los recursos del sistema general de seguridad social en salud - ADRES ID-028-OAJ.

**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 01/12/2025 **HASTA:** 31/12/2025

**LA SUMA DE:** OCHO MILLONES SETECIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS NOVENTA Y NUEVE PESOS M/CTE. (\$8.784.799).

**POR CONCEPTO DE:** SERVICIOS JURÍDICOS

**DIRECCIÓN:** Carrera 71 G No. 62 C 37 sur, apto.408, barrio valvanera, Bogotá D.C.

**TELÉFONO:** 313 399 5492



**ELIANA MORENO GONZALEZ**  
**C.C. 1.024.561.189**

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1024561189	ELIANA MORENO GONZALEZ		Calle 17 #30-55 Conjunto Ciprés T2- Apto. 400	8064379	elianamorenoy@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92176747	\$1.020.000	

## 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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	439.300	0		0		0	0	0	0	439.300	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
231001	Colfondos	800227940-6	562.300	0	0	0	0	0	0	0	562.300	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	18.400				18.400	0	0	18.400			184	18.400	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
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

### TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	439.300	439.300
Pensión	1	562.300	562.300
Riesgos Laborales	1	18.400	18.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>1.020.000</b>	<b>1.020.000</b>

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1024561189	ELIANA MORENO GONZALEZ		Calle 17 #30-55 Conjunto Ciprés T2- Apto. 400	8064379	elianamorenoy@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES	TOTAL A PAGAR				
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	92176747	\$1.020.000	

**DETALLE POR COTIZANTE**

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																		
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Colm. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASAP	ASAP	VCT	IRL	CORRECCION	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o 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	1024561189	MORENO GONZALEZ ELIANA	59	0			N																		231001	3.514.000	562.300	0	0	0	0	EPS017	3.514.000	439.300	14-23	3.514.000	1	18.400		0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA



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

Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2025.

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>No. Identificación</b>
Eliana Moreno González	C.C.1.024.561.189

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-152-2025.

Fecha de Inicio: 22/01/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025.

Valor total del Contrato: \$99.268.230 Prórroga: SI  NO

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$8.784.799.

Durante el año gravable 2024 fue declarante de renta SI  NO  Adjunto soporte.

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:

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>No. DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CALIDAD DEPENDIENTE (*)</b>

(\*) 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, 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 TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE. (\$3.698.820) en el año 2024, (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,

Cédula de ciudadanía No. 1.024.561.189 de Bogotá, D.C.  
Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2025.



MEDISANITAS S.A.S

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 800.153.424-8

Medisanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

**CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA**

**Bogotá, 26 de marzo de 2025**

**A QUIEN CORRESPONDA**

MEDISANITAS certifica, que durante el año gravable 2024, **ELIANA MORENO GONZALEZ** identificado (a) con CC No. **1024561189**, Titular del Contrato No.20605217503, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APellidos y Nombres	Documento	Parentesco	Periodo	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
ELIANA MORENO GONZALEZ	CC 1024561189	TITULAR	01-01/31-12	\$3.176.400	\$158.820	\$3.335.220
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				\$346.284	\$17.316	\$363.600

**LA SUMA DE: \$3.698.820 (TRES MILLONES SEISCIENTOS NOVENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS VEINTE PESOS M/CTE)**

De acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2, artículo 1.2.4.1.6, del Decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT mensuales.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

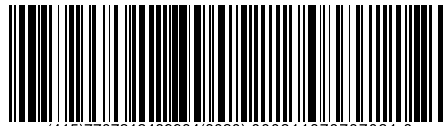
1. Año 2 0 2 4

Espacio reservado para la DIAN



4. Número de formulario

2118737370218



(415)7707212489984(8020) 000211873737021 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6.DV	7. Primer apellido	8. Segundo apellido	9. Primer nombre	10. Otros nombres	12.Cod. Dirección seccional
1 0 2 4 5 6 1 1 8 9	8	MORENO	GONZALEZ	ELIANA		3 2

24. Actividad económica principal	25. Cód.	26. No. Formulario anterior	27. Fracción año gravable siguiente	28. Uno por ciento (1%) de compras con factura electrónica
6 9 1 0				138,000

Patrimonio	Total patrimonio bruto	29	83,950,000	Deudas	30	57,787,000	Total patrimonio líquido	31	26,163,000
------------	------------------------	----	------------	--------	----	------------	--------------------------	----	------------

Conceptos/rentas		Rentas de trabajo		Rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria		Rentas de capital		Rentas no laborales			
Ingresos brutos	32	94,478,000	43	0	58	0	74	0	0		
Devoluciones, rebajas y descuentos									0		
Ingresos no constitutivos de renta	33	12,458,000	44	0	59	0	76	0	0		
Costos y deducciones procedentes			45	0	60	0	77	0	0		
<b>Renta líquida</b>	<b>34</b>	<b>82,020,000</b>	<b>46</b>	<b>0</b>	<b>61</b>	<b>0</b>	<b>78</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
Rentas líquidas pasivas - ECE					62	0	79	0	0		
Aportes voluntarios AFC, FVP y AVC	35	0	47	0	63	0	80	0	0		
Otras rentas exentas	36	35,418,000	48	0	64	0	81	0	0		
<b>Total rentas exentas</b>	<b>37</b>	<b>35,418,000</b>	<b>49</b>	<b>0</b>	<b>65</b>	<b>0</b>	<b>82</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
Intereses de vivienda	38	0	50	0	66	0	83	0	0		
Otras deducciones imputables	39	0	51	0	67	0	84	0	0		
<b>Total deducciones imputables</b>	<b>40</b>	<b>0</b>	<b>52</b>	<b>0</b>	<b>68</b>	<b>0</b>	<b>85</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>Rentas exentas y/o deduc. imputables (Limitadas)</b>	<b>41</b>	<b>32,808,000</b>	<b>53</b>	<b>0</b>	<b>69</b>	<b>0</b>	<b>86</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>Renta líquida ordinaria del ejercicio</b>	<b>54</b>		<b>54</b>	<b>0</b>	<b>70</b>	<b>0</b>	<b>87</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>Pérdida líquida del ejercicio</b>	<b>55</b>		<b>55</b>	<b>0</b>	<b>71</b>	<b>0</b>	<b>88</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
Compensaciones por pérdidas			56	0	72	0	89	0	0		
<b>Renta líquida ordinaria</b>	<b>42</b>	<b>49,212,000</b>	<b>57</b>	<b>0</b>	<b>73</b>	<b>0</b>	<b>90</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
<b>Ren. líquida ced. gen.</b>	<b>91</b>	<b>82,020,000</b>	<b>Ren. ex. y ded. imp. li.</b>	<b>92</b>	<b>32,946,000</b>	<b>R. liq. ord. cédula gen.</b>	<b>93</b>	<b>49,074,000</b>	<b>Comp. pérdidas año 2018 y ant.</b>	<b>94</b>	<b>0</b>
<b>Comp. exc. ren. presuntiva</b>	<b>95</b>	<b>0</b>	<b>Rentas gravables</b>	<b>96</b>	<b>0</b>	<b>R. liq. grav. cédula gen.</b>	<b>97</b>	<b>49,074,000</b>	<b>Renta presuntiva</b>	<b>98</b>	<b>0</b>

Cédula de pensiones		Cédula de dividendos y/o participaciones		Cédula de ganancias ocasionales		Liquidación privada					
Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior	99	0	100	0	112	0	Cédula general, de pensiones y de dividendos y participaciones	116	0		
Ingresos no constitutivos de renta							Renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones	117	0		
<b>Renta líquida</b>	<b>101</b>	<b>0</b>	<b>Renta líquida gravable cédula de pensiones</b>	<b>103</b>	<b>0</b>	<b>Total impuesto sobre las rentas gravables</b>	<b>121</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		
Rentas exentas de pensiones	102	0	Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros	104	0	Imp. pagados en el exterior	122	0	Donaciones	123	0
<b>Renta líquida ordinaria año 2016 y anteriores</b>	<b>106</b>	<b>0</b>	Ingresos no constitutivos de renta	105	0	Dividendos, particip. y otros	124	0	Total descuentos trib.	125	0
1a. Subcédula años 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T.	107	0	Dividendos y participaciones recibidas del exterior	109	0	<b>Impuesto neto de renta</b>	<b>126</b>	<b>0</b>	<b>Impuesto de ganancias ocasionales</b>	<b>127</b>	<b>0</b>
2a. Subcédula años 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T.	108	0	Rentas exentas de la casilla 109	110	0	Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales	128	0	<b>Total impuesto a cargo</b>	<b>129</b>	<b>0</b>
<b>Renta líquida gravable (Cédula general o renta presuntiva, de pensiones y de dividendos y participaciones, art. 241 E.T.)</b>	<b>111</b>	<b>49,074,000</b>	Ingresos por ganancias ocasionales del país y del exterior	112	0	<b>Total impuesto a cargo</b>	<b>129</b>	<b>0</b>	Anticipo renta liquidado año gravable anterior	130	0
Costos por ganancias ocasionales	113	0	Costos por ganancias ocasionales	113	0	Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación	131	2,159,000	Anticipo renta para el año gravable siguiente	133	0
Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	114	0	Ganancias ocasionales no gravadas y exentas	114	0	Retenciones año gravable a declarar	132	3,184,000			
<b>Ganancias ocasionales gravables</b>	<b>115</b>	<b>0</b>									

Saldo a pagar por impuesto	134	0	Sanciones	135	0	Total saldo a pagar	136	0	Total saldo a favor	137	5,343,000
Número de dependientes económicos	138	0	Adición por dependientes a la casilla 92	139	0	Ud. superó tope indicativo art. 336-1 del E.T., marque X	140	0	Aporte voluntario	141	0

981. Cód. Representación  Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador  Firma contador 994. Con salvedades

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio exclusivo para la entidad recaudadora

2025-10-14 / 05:29:58 PM

2 0 2 5 - 1 Fecha Acuse de Recibo 7 : 2 9 : 5 8

Firmado

980. Pago total \$

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91900391427519