

CIUDAD: Bogota D.C.

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: LEIDY MARCELA CRIOLLO FLOREZ

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☒ **NIT** ☐ **No.** 1.085.321.180

CONTRATO No.: ADRES-CPS-399-2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales para adelantar acciones de revisión y notificación de los actos administrativos expedidos por la Entidad. ID-061-OAJ

PERIODO COMPRENDIDO **DESDE:** 1/12/2025. **HASTA:** 31/12/2025

LA SUMA DE: Seis millones cuarenta y tres mil ciento treinta pesos. M/C (\$ 6.043.130 M/C)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Carrera 7F 146 06

TELÉFONO: 3138442140



FIRMA: Leidy Marcela Criollo Florez
C.C 1.085.321.180

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
Identificación		dv	Razon Social			Clase Aportante			Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono		Exonerado SENA e ICBF																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
CC 1085321180			CRIOLLO FLOREZ LEIDY MARCELA			INDEPENDIENTE			PRINCIPAL		CL 48 101 40		CALI-VALLE		3138442140		Si																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
EMPLEADO				NOVEDADES												PENSION		SALUD		CCF				RIESGOS				PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
No	Identificación	Nombre		In	re	re	ta	ta	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va	va

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	1995510197	9496214582	I	2026/01/21	2025/12/10	BANCOLOMBIA	0	\$708,200
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$390,400	\$0	\$0	\$390,400
PORVENIR		230301	800,224,808	8	1	\$390,400	\$0	\$0	\$390,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$12,800	\$0	\$0	\$12,800
POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$12,800	\$0	\$0	\$12,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$305,000	\$0	\$0	\$305,000
SANTAS		EPS005	800,251,440	6	1	\$305,000	\$0	\$0	\$305,000
TOTAL					1	\$708,200	\$0	\$0	\$708,200



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

Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Leidy Marcela Criollo Florez	1.085.321.180

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 7,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES CPS 399- 2025

Fecha de Inicio 10/02/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$64.661.492 Prórroga: SI x NO ☐

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$ 6.043.130

Durante el año gravable 2024 fue declarante de renta SI x NO ☐

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2025 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo.
2. En caso de responder **SI** a la opción anterior no diligenciar los puntos 2 en adelante.
3. 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. XXXXXXXX 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.

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



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

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 x 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:

Leidy Marcela Criollo Florez

Cédula de ciudadanía No. 1.085.321.180 de Pasto

Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2025