

CIUDAD: Bogotá 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: CATALINA LOPEZ BENAVIDES

IDENTIFICACIÓN: CC  NIT  No. 52.919.337

CONTRATO No.: ADRES-CPS-688-2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones realizando las actividades relacionadas con el procedimiento de auditoría concurrente, retrospectiva y de campo; así como en el procedimiento de reintegro de recursos de salud apropiados o reconocidos sin justa causa. ID-095-DOP

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

LA SUMA DE: Nueve millones doscientos sesenta y seis mil ciento quince pesos M/CTE (\$9.266.115)

POR CONCEPTO DE: HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 10 N° 19A 94 Torre 12 Apto 501  
TELÉFONO: 3123216513

*Catalina López B.*

FIRMA  
C.C 52919337

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52919337	CATALINA LOPEZ BENAVIDES		CALLE 10 # 19 A 94 MOSQUERA	3123216513	CALOBEZ@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	

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	
2025-12	2025-12	I	03/12/2025	92012579	\$1.076.800	

## 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	463.800	0		0		0	0	0	0	463.800	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	593.600	0	0	0	0	0	0	0	593.600	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	19.400				19.400	0	0	19.400			194	19.400	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	463.800	463.800
Pensión	1	593.600	593.600
Riesgos Laborales	1	19.400	19.400
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>1.076.800</b>	<b>1.076.800</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52919337	CATALINA LOPEZ BENAVIDES		CALLE 10 # 19 A 94 MOSQUERA	3123216513	CALOBEZ@HOTMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			CUNDINAMARCA	MOSQUERA	

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				
2025-12	2025-12	\$1.076.800				

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES															
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TOP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	MA	MA	ASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	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	52919337	LOPEZ BENAVIDES CATALINA	59	0	N																		230301	3.710.000	593.600	0	0	0	0	EPS017	3.710.000	463.800	14-23	3.710.000	1	19.400		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

Nombres y Apellidos	No. Identificación
CATALINA LOPEZ BENAVIDES	52.919.337

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-688-2025

Fecha de Inicio: 01/08/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$ 55.596.690 Prórroga: SI  NO

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$9.266.115

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	1013028210	Salomé Almario López	Hija
RC	1013030723	Nicolás Almario López	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 ALFONSO ALMARIO SON identificado (a) con la C.C. No. 1.081.396.670 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 5700476000313837 de BANCO DAVIVIENDA, 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,

*Catalina López B.*

Firma:

Cédula de ciudadanía No. 52.919.337 de Bogotá  
Bogotá D.C., 31/12/2025

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.013.028.210**  
**ALMARIO LOPEZ**

APELLIDOS  
**SALOME**

NOMBRES

*Salomé Almarío*

FIRMA



ÍNDICE DERECHO



P-1516900-01402503-F-1013028210-20231202

0137741909A 1

8510163558

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-2016**

**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**10-NOV-2034**

FECHA DE VENCIMIENTO

**O+**

G S RH

**F**

SEXO

**24-NOV-2023 MOSQUERA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

  
REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA

REPÚBLICA DE COLOMBIA



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

NUIP 1013030723

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 33548955

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	A	2	E
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 27 BOGOTA DC * * * * *									

Datos del inscrito

Primer Apellido					Segundo Apellido									
ALMARIO * * *					LOPEZ * * *									
Nombre(s)														
NICOLÁS * * *														
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH						
Año	2	0	2	2	Mes	A	B	R	Día	2	1	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

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	Número certificado de nacido vivo	172831360 * * * *
---	-----------------------------------	-------------------

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos	
LOPEZ BENAVIDES CATALINA * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52919337 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos	
ALMARIO SON ALFONSO * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1081396670 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
ALMARIO SON ALFONSO * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1081396670 * * * * *	<i>Alfonso Almario Son</i>

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	2	0	2	2	Mes	A	B	R	Día	2	7
-----	---	---	---	---	-----	---	---	---	-----	---	---

ANGELA DEL PILAR CONDE JIMENEZ  
Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO:CN - NO SE TOMAN HUELLAS PLANTARES, CIRCULAR 031 DEL 16 DE MARZO DE 2020, CIRCULAR 041 DEL 15 DE ABRIL DE 2020, CIRCULAR 084 DEL 01 DE SEPTIEMBRE DE 2020, REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL, 27/04/2022

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

**BANCO DAVIVIENDA S.A.** Nit 860.034.313-7  
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **CATALINA LOPEZ BENAVIDES**

Fecha de solicitud: 2025-03-10

Identificación: C.C.52919337

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: **Bogotá**

Fecha de expedición: 2025-03-15

## PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC.2023	SALDO AL 31.DIC.2024	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2024	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700476000313837	04/08/2021	\$52,687,834.39	\$30,325,645.83	\$20,681,100.68	\$11,965,000.00	\$1,638,595.42	\$1,638,595.42	\$0.00
<b>TOTALES</b>	<b>1</b>		<b>\$52,687,834.39</b>	<b>\$30,325,645.83</b>	<b>\$20,681,100.68</b>	<b>\$11,965,000.00</b>	<b>\$1,638,595.42</b>	<b>\$1,638,595.42</b>	<b>\$0.00</b>

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Artículo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016

## OTROS PRODUCTOS DE CREDITO

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC.2023	SALDO AL 31.DIC.2024	PAGOS DEL PERIODO	VALOR INTERESES Y/O UVR PAGADOS	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CONSUMO	5900476000302341	24/06/2021	\$18,205,688.74	\$15,949,180.00	\$16,801,927.72	\$1,300,000.00	\$636,274.60	\$0.00
CONSUMO	5900476000408031	30/06/2022	\$13,000,000.00	\$11,376,214.00	\$13,478,816.86	\$750,000.00	\$501,995.00	\$0.00
CONSUMO	5900476000534851	18/10/2023	\$22,169,245.03	\$22,735,909.00	\$25,590,587.66	\$1,200,000.00	\$631,055.23	\$0.00
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>		<b>\$53,374,933.77</b>	<b>\$50,061,303.00</b>	<b>\$55,871,332.24</b>	<b>\$3,250,000.00</b>	<b>\$1,769,324.83</b>	<b>\$0.00</b>

\*De acuerdo con el artículo 45 de la Ley 1430 de 2010, solo el 50% de GMF es deducible

## INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo al Artículo 1.6.1.12.12 del Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa

Esta certificación incluye todos los productos vigentes y cancelados poseídos durante el año certificado.

Recuerde: El Decreto 2229 del 22 de diciembre del 2023 establece quienes son declarantes de renta para el año 2023.

En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios

Estimado cliente. Si además usted fue proveedor del Banco, puede realizar la solicitud de los certificados en la dirección [infoprov@davivienda.com](mailto:infoprov@davivienda.com)

La tarifa de retención en la fuente aplicada a las operaciones con tarjetas débito y/o crédito corresponde al 1.5% y el 0.001% para el caso de combustibles

Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.

