

CIUDAD: BOGOTA.D.C
FECHA: D.C 31/12/2025

CUENTADE COBRO

(Aplicable para Personas Naturales que pertenecen al Régimen Simplificado Art. 499 EstatutoTributario)

ADQUIRIENTE DEL SERVICIO Y NIT: ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD- ADRES. NIT: 901037916-1

DEBE A:

NOMBRE: Edgar Hernando acosta Montenegro

IDENTIFICACIÓN:	CC	NIT	No.	93,406,824
	☒			
CONTRATO No.:	ADRES-CPS-495	de	2025	

OBJETO: Adición y prorroga al contrato ADRES-CPS-495-2025 cuyo objeto es- PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES A LA DIRECCION DE OTRAS PRESTACIONES DE LA ADRES EN LA REVISION, VERIFICACION Y CONTROL 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 TECNOLOGIAS EN SALUD NO FINANCIADAS CON LA UPC O CON PRESUPUESTOS MAXIMOS Y/O SERVICIOS COMPLEMENTARIOS, RECLAMACIONES DE SERVICIOS MEDICOS, INDEMNIZACIONES Y GASTOS DERIVADOS DE ACCIDENTES DE TRANSITO OCASIONADOS POR VEHICULOS SIN IDENTIFICAR O SIN SOAT O CON POLIZA SOAT A TARIFA DIFERENCIAL POR RIESGO, EVENTOS CATASTROFICOS DE ORIGEN NATURAL, EVENTOS TERRORISTAS Y DEMAS EVENTOS APROBADOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL, ASI COMO EL PROCESO DE REINTEGRO DE RECURSOS APROPIADOS O RECONOCIDOS SIN JUSTA CAUSA ID-045-DOP

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

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

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 67F #65a-33

TELÉFONO: 3153695185

EDGAR HERNANDO ACOSTA M

FIRMA

C.C 93,406,824

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	93406824	EDGAR HERNANDO ACOSTA MONTENEGRO		Calle 67 65 33	7442565	monikmesao@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	04/12/2025	92107928	1
					0
					TOTAL A PAGAR
					\$708.200

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	305.000	0		0		0	0	0	0	305.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	390.400	0	0	0	0	0	0		390.400	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	12.800				12.800	0	0	12.800			128	12.800	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
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

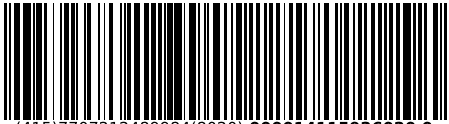
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	305.000	305.000
Pensión	1	390.400	390.400
Riesgos Laborales	1	12.800	12.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	708.200	708.200

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	93406824	EDGAR HERNANDO ACOSTA MONTENEGRO		Calle 67 65 33	7442565	monikmesao@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-12	2025-12	I	04/12/2025	92107928	\$708.200
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Enajenero	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SIN	IOE	IVA	VAC	AVP	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	93406824	ACOSTA MONTENEGRO EDGAR HERNANDO	59	0			N																	25-14	2.440.000	390.400	0	0	0	0	EPS008	2.440.000	305.000	14-23	2.440.000	1	12.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141159260200			
				 (415)7707212489984(8020) 000014115926020 0			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
9 3 4 0 6 8 2 4		4		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		9 3 4 0 6 8 2 4			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Tolima 7 3		Ibagué 0 0 1	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
ACOSTA		MONTENEGRO		EDGAR		HERNANDO	
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 67 F 65 A 33							
42. Correo electrónico edgarcxp380@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				3 1 5 3 6 9 5 1 8 5		6 0 1 3 0 1 1 0 4 4	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 47. Fecha inicio actividad		48. Código 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2		51. Código	
7 4 9 0 2 0 2 5 0 2 0 1							
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 ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
54. Código 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre ACOSTA MONTENEGRO EDGAR HERNANDO			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



**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
EDGAR HERNANDO ACOSTA MONTENEGRO	93.406.824

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-495-2025

Fecha de Inicio:24/02/2025 Fecha de Terminación:31/12/2025

Valor total del Contrato: \$ 61.841.365 Prórroga: SI ☒ NO ☐

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$ 6.043.130

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 (*)

(*) 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, 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: *Edgar hernando acosta montenegro*
Cédula de ciudadanía No. 93406824 de Ibagué
Bogotá D.C., 1/12/2025