

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: Jennifer Alexandra Chaves Rivera

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☒ **NIT** ☐ **No.** 1.069.732.053

CONTRATO No.: ADRES-CPS-404 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, verificación 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 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, así como el proceso de reintegro de recursos apropiados o reconocidos sin justa causa. **ID-077-DOP**

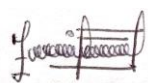
PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/12/2025 **HASTA:** 31/12/2025

LA SUMA DE: SEIS MILLONES CUARENTA Y TRES MIL CIENTO TREINTA PESOS M/CTE.
(\$ 6.043.130,00)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 82 B # 95 d - 72

TELÉFONO: 3214032090


C.C. 1069732053 fgg

FIRMA
C.C .1.069.732.053

TOTAL APORTES A PENSIÓN												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 386.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 386.800	\$ 0	\$ 386.800
SUBTOTALES:										\$ 386.800	\$ 0	\$ 386.800

TOTAL APORTES A SALUD																
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS017	EPS017-FAMISANAR	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 302.200		\$ 0		\$ 0	\$ 302.200	\$ 0	\$ 0
SUBTOTALES:									\$ 302.200				\$ 302.200	\$ 0	\$ 0	\$ 302.200

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 12.700	\$ 12.700	\$ 0	\$ 0	\$ 12.700
SUBTOTALES:									\$ 12.700	\$ 0	\$ 0	\$ 12.700

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR					
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF22	CCF22-COLSUBSIDIO	1	\$ 48.400	\$ 0	\$ 48.400
SUBTOTALES:			\$ 48.400	\$ 0	\$ 48.400

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																												
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES																								
Nº	IDENTIFICACION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TOE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LWA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN						SEGURIDAD SOCIAL						SALUD						ARP			DÍAS COT	IBC	CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU					
																										ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE			DÍAS COT	IBC	ADMIN					TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																														SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																											
1	CC 1069732053	CHAVES RIVERA JENNIFER ALEXANDRA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS		\$ 2.417.252			NO																		230301-PORVENIR	30	2.417.252	\$ 386.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 386.800	EPS017-FAMISANAR	30	2.417.252	\$ 302.200	\$ 0	\$ 302.200	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	2.417.252	\$ 106973205	\$ 12.700	30	2.417.252	\$ CCF22-COLSUBSIDIO	\$ 48.400	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0					

TOTAL PAGADO:	\$ 750.100
----------------------	-------------------



**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
Jennifer Alexandra Chaves Rivera	1.069.732.053

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-404-2025

Fecha de Inicio: 12 de febrero de 2025 Fecha de Terminación: 31 de diciembre de 2025

Valor total del Contrato: \$ 64.258.617,00 Prórroga: SI ☒ NO ☐

Valor por concepto de Honorarios 2025: 6.043.130,00

Durante el año gravable 2024 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 (*)
RC	1.011.269.837	Ailani Victoria Suarez Chaves	Hija

(*) 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 Carlos Francisco Suarez Páez identificado (a) con la C.C. No. 80.927.940 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.

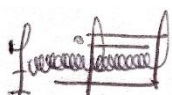


**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2025**

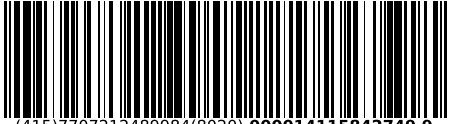
Nota: Para los numerales 5 y 6 la sumatoria de los aportes no debe exceder del 30% del ingreso laboral.

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: C.C. 1069732053 fgga'

Jennifer Alexandra Chaves Rivera
Cédula de ciudadanía No. 1.069.732.053 de Fusagasugá
Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2025

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001															
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141158427499															
				 (415)7707212489984(8020) 000014115842749 9															
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 0 6 9 7 3 2 0 5 3		6. DV 3		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá															
14. Buzón electrónico 3 2																			
IDENTIFICACIÓN																			
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 1 3		26. Número de Identificación 1 0 6 9 7 3 2 0 5 3															
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 1 6 9		29. Departamento Cundinamarca 2 5		30. Ciudad/Municipio Fusagasugá 2 9 0															
31. Primer apellido CHAVES		32. Segundo apellido RIVERA		33. Primer nombre JENNIFER															
34. Otros nombres ALEXANDRA																			
35. Razón social																			
36. Nombre comercial																			
37. Sigla																			
UBICACIÓN																			
38. País COLOMBIA 1 6 9		39. Departamento Bogotá D.C. 1 1		40. Ciudad/Municipio Bogotá, D.C. 0 0 1															
41. Dirección principal CL 82 B 95 D 72 IN 109 BRR BACHUE																			
42. Correo electrónico jenniferchaves16@hotmail.com																			
43. Código postal 1 1 1 0 3 1		44. Teléfono 1 3 2 1 4 0 3 2 0 9 0		45. Teléfono 2 6 0 1 4 8 1 0 4 5 7															
CLASIFICACIÓN																			
Actividad económica				Ocupación															
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades															
46. Código 6 2 0 2		47. Fecha inicio actividad 2 0 1 0 0 4 1 5		48. Código 7 4 9 0															
49. Fecha inicio actividad 2 0 2 0 0 6 0 5		50. Código 1 2 4 9 2 1		51. Código															
52. Número establecimientos																			
Responsabilidades, Calidades y Atributos																			
53. Código 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 05- Impto. renta y compl. régimen ordinario 49 - No responsable de IVA																			
Usuarios aduaneros										Exportadores									
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20										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 CHAVES RIVERA JENNIFER ALEXANDRA 985. Cargo CONTRIBUYENTE									



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

63115829

NUIP 1011269837

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A 1 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. NOTARÍA 50 BOGOTÁ DC * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido

SUAREZ * * * * *

Segundo Apellido

CHAVES * * * * *

Nombre(s)

AILANI VICTORIA * * * * *

Fecha de nacimiento

Año 2 0 2 5 Mes A B R Día 2 8

Sexo (en letras)

FEMENINO

Grupo sanguíneo

A

Factor RH

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ D.C. * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo

25043310137878 * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CHAVES RIVERA JENNIFER ALEXANDRA * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 1069732053 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

SUAREZ PAEZ CARLOS FRANCISCO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 80927940 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SUAREZ PAEZ CARLOS FRANCISCO * * * * *

Documento de identificación (Clase y número)

CC No. 80927940 * * * * *

Firma

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)

Fecha de inscripción

Año 2 0 2 5 Mes A B R Día 3 0

Nombre y firma del funcionario que autoriza

GABRIEL URIBE ROLDAN

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO CIVIL

NOTARIA 50 DE BOGOTÁ, D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia (fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento. Válido para acreditar parentesco.

Se expide a solicitud de

Suarez Paez Carlos

05 MAY 2025

Francisco

D.C.

Maria Leticia Ortiz