

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: LAURA MARCELA GÓMEZ MORENO

IDENTIFICACIÓN: **CC** **NIT** **No.** 1.018.434.853

CONTRATO No.: ADRES-CPS-093-2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la ejecución, seguimiento y revisión de las actividades relacionadas con el procedimiento de determinación del deudor y las que se requieran, derivadas de los reconocimientos efectuados por presupuestos máximos, servicios y tecnologías en salud no financiados con la UPC y prestación de servicios de salud a víctimas de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993 así como en los trámites necesarios en el proceso de seguimiento, elaboración de los insumos requeridos por la Oficina Asesora Jurídica con ocasión a acciones de tutela, fallos de primera y segunda instancia, incidentes de desacato y demás que se derivan del proceso de revisión y verificación de las prestaciones de servicios de salud a víctimas de eventos de origen natural, de eventos terroristas, de las víctimas de accidentes de tránsito cuando no exista cobertura por parte del SOAT. ID-231-DOP

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

LA SUMA DE: OCHO MILLONES SETECIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE. (\$8.745.000)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS DEL 01 AL 31 DE DICIEMBRE DE 2025

DIRECCIÓN: Calle 32 No. 07 C- 20

TELÉFONO: 3192148181



FIRMA: LAURA MARCELA GÓMEZ MORENO
C.C. 1.018.434.853



**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
Laura Marcela Gomez Moreno	1.018.434.853

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:

Responsable de IVA: SI NO Adjuntar RUT donde se evidencia responsabilidad de **IVA**

Régimen Simple: SI NO Adjuntar RUT donde se evidencia que pertenece a **RÉGIMEN SIMPLE**

Código Actividad Económica 6910,, Tarifa ICA 7,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-093-2025 -

Fecha de Inicio: 20/01/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$99.401.501 Prórroga: SI NO

Valor por concepto de Honorarios 2025: 8.745.000,00

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 (*)

(*) 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: 
Laura Marcela Gómez Moreno
Cédula de ciudadanía No. 1.018.434.853 de Bogotá
Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2025

RAZÓN SOCIAL :	LAURA MARCELA GOMEZ MORENO
IDENTIFICACIÓN:	CC-1018434853
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-12-11
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-01-15
FECHA DE PAGO:	2025-12-11
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DAVIVIENDA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-12
PERÍODO SALUD:	2025-12
NÚMERO PLANILLA:	35491012
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	35491012
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	\$ 3.498.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 437.300	\$ 437.300
230301	800224808	PORVENIR	1	\$ 3.498.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 559.700	\$ 559.700
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 3.498.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 18.300	\$ 18.300
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 1.015.300	\$ 1.015.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/02/2026
----------------------------------	------------

Se certifica que la empresa , identificada con CC-1018434853 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social y parafiscales de la siguiente manera:

REFERENCIA POR TIPO DE PLANILLA	CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE ADMINISTRADORA	Nro. AFILIADOS	DÍAS MORA	COTIZACIÓN	INTERES	VALOR TOTAL	
Período pensión: 2025-12	230301	800224808	PORVENIR	1	0	559.700	0	559.700	
Período salud: 2025-12	EPS017	830003564	FAMISANAR	1	0	437.300	0	437.300	
Planilla Nro.: 35491012 Tipo I	14-23	860011153	POSITIVA	1	0	18.300	0	18.300	
Clase de aportante: I	SINCCF	0	SIN CCF	1	0	0	0	0	
Fecha transacción: 2025-12-11	PASENSA	899999034	SENA	0	0	0	0	0	
Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A.	PAICBF	899999239	ICBF	0	0	0	0	0	
Transacción: 1999178558	PAESAP	899999054	ESAP	0	0	0	0	0	
	PAMIED	899999001	MINEDU	0	0	0	0	0	
GRAN TOTAL							\$ 1.015.300		

PAGADO