

CIUDAD: Bogotá  
FECHA: 2/12/2025

### 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: Gladys Aguilera Bermudez

IDENTIFICACIÓN: CC  NIT  No. 52.344.722

CONTRATO No.: CPS-759 de 2025 |

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES, para el desarrollo del proceso de revisión de calidad de los resultados de auditoría de las cuentas tramitadas directamente por la Entidad o por terceros contratados para tal fin, realizando la verificación técnica, normativa y procedimental de las solicitudes relacionadas con servicios y tecnologías en salud no financiadas con cargo a la UPC o con presupuestos máximos, así como reclamaciones por servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás situaciones autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social, conforme a la normativa vigente, los manuales institucionales y los lineamientos establecidos por la Entidad. ID 268.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 14/11/2025 HASTA: 30/11/2025

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y TRESMIL TRESCIENTOS TREINTA Y TRES PESOS CON TREINTA Y TRES CENTAVOS M/C (\$ 4.533.333,33)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: calle 14 30 17 apto 403

TELÉFONO: 3103047992

*Gladys Aguilera B*

FIRMA  
C.C 52344722

La empresa **GLADYS AGUILERA BERMUDEZ**, identificada con **CC** número **52344722**, aportó por **GLADYS AGUILERA BERMUDEZ** identificado(a) con **CC** número **52344722** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para el periodo de pensión de 2025-11 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	R	T	T	T	V	V	S	L	G	M	A	V	A	V	I	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS008	Compensar EPS	59	X															0	17	\$1,813,334	0.12500	\$226,700	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91868885	01/12/2025	No	
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	59	X															0	17	\$1,813,334	0.16000	\$290,200	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91868885	01/12/2025	No	
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	59	X															0	17	\$1,813,334	0.00522	\$9,500	\$0	\$0	Noviembre - 2025	91868885	01/12/2025	No	

PAGADA

El presente certificado se expide a los **1** días del mes **December** de **2025**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



CO-SC662-16



CO-SI006-1



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

Bogotá D.C., 02 de DICIEMBRE de 2025

Nombres y Apellidos	No. Identificación
GLADYS AGUILERA BERMUDEZ	52344722

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-759-2025

Fecha de Inicio: 14/11/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$19.000.000 Prórroga: SI  NO

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$ 4.533.333,33

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, Obligacion\_\_\_\_\_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 (\$9.629.340), 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 Xcompensación 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: Gladys Aguilera B

Cédula de ciudadanía No. 52344722 de Bogotá  
Bogotá D.C., 2/12/2025

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) GLADYS AGUILERA BERMUDEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52344722, canceló la suma de NUEVE MILLONES SEISCIENTOS VENTINUEVE MIL TRESCIENTOS CUARENTA PESOS \$9.629.340,00 por concepto de PC ESPECIAL CON POS durante el 2024

Beneficiarios contrato:

Nombre	Identificación	Parent.	Base Cálculo IVA	Valor IVA	Valor Cancelado
GLADYS AGUILERA BERMUDEZ	CC - 52344722	TR	\$ 1,887,700	\$ 94,385	\$ 1,982,085
PABLO MORENO ACOSTA	CC - 79294090	CY	\$ 3,507,700	\$ 175,385	\$ 3,683,085
SARAH DANIELA MORENO AGUILERA	TI - 1014882959	HI	\$ 1,887,700	\$ 94,385	\$ 1,982,085
LAURA NATALIA MORENO AGUILERA	TI - 1014882960	HI	\$ 1,887,700	\$ 94,385	\$ 1,982,085
<b>Total</b>			<b>\$ 9,170,800</b>	<b>\$ 458,540</b>	<b>\$ 9,629,340</b>

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), para efectos Tributarios, en Bogotá a los 1 días del mes de diciembre de 2025.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

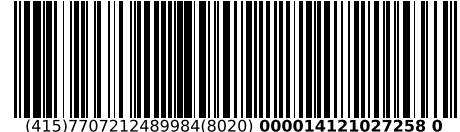
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

2. Concepto  Actualización

4. Número de formulario

141210272580



(415)7707212489984(8020) 000014121027258 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

5 2 3 4 4 7 2 2

6. DV

5

12. Dirección seccional

Impuestos de Bogotá

14. Buzón electrónico

3 2

## IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

5 2 3 4 4 7 2 2

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Bogotá D.C.

1 1

30. Ciudad/Municipio

Bogotá, D.C.

0 0 1

31. Primer apellido

AGUILERA

32. Segundo apellido

BERMUDEZ

33. Primer nombre

GLADYS

34. Otros nombres

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 14 30 17 TO 1 AP 403

42. Correo electrónico

pabga76@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

6 0 1 3 0 3 2 3 8 0

45. Teléfono 2

3 1 0 3 0 4 7 9 9 2

## CLASIFICACIÓN

## Actividad económica

## Ocupación

## Actividad principal

46. Código

7 4 9 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 5 0 9 2 3

## Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

## Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número

establecimientos

## 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
5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

DOCUMENTO SIN VALOR

## Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

## Exportadores

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 

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 AGUILERA BERMUDEZ GLADYS

985. Cargo CONTRIBUYENTE

# CERTIFICADO MEDICO DE APTITUD LABORAL



salud integral empresarial

GRUPO OCUPACIONAL LTDA

NIT: 900139947-2

L.S.O. 12534/2017



## EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL

Certificado de aptitud: 52344722-262166

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

<b>Fecha y Lugar:</b>	23 sept. 2025 - BOGOTA D.C	<b>Tipo de Examen:</b>	INGRESO
<b>Paciente:</b>	GLADYS AGUILERA BERMUDEZ	<b>Identificación:</b>	52344722
<b>Género:</b>	FEMENINO <b>Edad:</b> 49	<b>Teléfono:</b>	***** <b>Móvil:</b> 3103047992
<b>Fecha Nacimiento:</b>	21/08/1976	<b>Cargo:</b>	ENFERMERA AUDITORA
<b>Estado Civil:</b>	CASADO(A)	<b>EPS:</b>	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
<b>Dirección:</b>	CL 14-30-17 APTO 403	<b>ARL:</b>	
<b>Escolaridad:</b>	ESPECIALIZACION	<b>AFP:</b>	
<b>Empresa:</b>	PARTICULAR		
<b>Misión/Contrato/ Centro de Costo:</b>	PARTICULAR -	<b>AREA: No Reporta</b>	

### EXÁMENES DE DIAGNÓSTICO LABORAL REALIZADOS - RECOMENDACIONES

**EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL CON ENFASIS OSTEOMUSCULAR** HIGIENE POSTURAL, PAUSAS ACTIVAS, USO ADECUADO DE EPP Y DE BIOSEGURIDAD, SE SUGIERE APOYO DE MUÑECAS PARA USO DE TECLADO Y MOUSE, CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL. SEGUIR PROTOCOLO DE BIOSEGURIDAD

### CONCEPTO LABORAL

INGRESO SATISFACTORIO

Observaciones: USO DE LENTES PERMANENTES Y OBLIGATORIOS PARA TRABAJAR.

### Tipo de Restricción

### Condiciones, Factores, Agentes Asociados

### Permanente

NO

### Ingresar al Programa de Vigilancia Epidemiológica o Programa de Prevención y Promoción

NO

### Información de Remisiones

NO

#### \*Consentimiento Informado:

Yo en calidad de paciente, previamente informado(a) de forma libre y voluntaria acepto que los datos que he suministrado sean incorporados en la base de datos de GRUPO OCUPACIONAL LTDA, según las disposiciones de la ley 1581 del 2012 y al decreto reglamentario 1377 del 2013 para el tratamiento de protección de datos personales.

Autorizo la realización del examen médico ocupacional y paraclínicos registrados en este documento; de igual forma declaro que se me ha informado en forma clara y sencilla de la naturaleza y propósito de dichos exámenes, así como los riesgos y complicaciones que podrían presentarse después de la toma de muestras si me aplica.


Certifico que la información dada por mí en la historia clínica ocupacional es veraz y completa.

#### Custodia de las Historias clínicas:

GRUPO OCUPACIONAL LTDA certifica que tiene la custodia de las historias clínicas ocupacionales, dando cumplimiento a la Resolución 2346 del 11 de Julio del 2007 modificada el 5 de Junio por la Resolución 1918 de 2009 en el artículo 17, por la cual se regula la práctica de evaluaciones médicas ocupacionales, el manejo y contenido de las historias clínicas.

  
DR. CARLOS ANDRES CARDENAS MUÑOZ  
MEDICO ESPECIALISTA SST  
RES. 4889-22





Médico Especialista en Salud Laboral  
CARLOS ANDRES CARDENAS MUÑOZ  
LSO 4889 04/09/2022 RM 103067

Firma y cédula del Paciente  
GLADYS AGUILERA BERMUDEZ  
52344722