

**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:** MARY LUZ SIERRA VILLALBA

**IDENTIFICACIÓN:** CC  NIT  No. 52.880.242

**CONTRATO No.:** 526 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-041-DOP

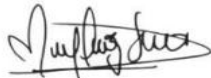
**PERIODO COMPRENDIDO DESDE:** 1/12/2025 **HASTA:** 31/12/2025

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

**POR CONCEPTO DE** HONORARIOS

**DIRECCIÓN:** TV 97 A # 2 -70

**TELÉFONO:** 315 4802485



**FIRMA**  
**C.C. 52.880.242**



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

Bogotá D.C., 31 de diciembre de 2025

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>No. Identificación</b>
MARY LUZ SIERRA VILLALBA	52.880.242

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-526-2025

Fecha de Inicio: 07/03/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$59.222.675 Prórroga: SI  NO

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$6.043.130

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:

<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>	<b>No. DE DOCUMENTO</b>	<b>NOMBRES Y APELLIDOS</b>	<b>CALIDAD DEPENDIENTE (*)</b>
TI	1014869099	JAROD STEVEN MORENO SIERRA	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 (Vacío) identificado (a) con la C.C. No. (Vacío) 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 5288024207 de TREINTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA Y CUATRO MIL SETECIENTOS VEINTIUN PESOS M/CTE, \$32.794.721, según certificación del año gravable 2025; 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. Vacío del Banco Vacío, a la cual consigno mensualmente la suma de (\$ Vacío ), 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 Vacío la suma de (\$ Vacío ), 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 (\$ Vacío), (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:

Cédula de ciudadanía No. 52.880.242 de Bogotá  
Bogotá D.C., 31/12/2025

REPÚBLICA DE COLOMBIA

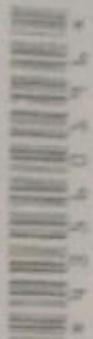


ORGANIZACIÓN SECTORIAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

43560196



NUIP 1014869099

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraloría <input type="checkbox"/>	Fiscalía <input checked="" type="checkbox"/>	Número 52	Cantón <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Depende de oficina <input type="checkbox"/>	Código A 3 H
--	--	-----------	---------------------------------	--	---	--------------

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido MORENO	Segundo Apellido SIERRA
Nombre(s) JAROD STEVEN	

Año 2009	Mes ABR	Día 23	Sexo (en letras) MASCULINO	Estado civil O	Factor RII POSITIVO
----------	---------	--------	----------------------------	----------------	---------------------

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Destinatario de registro CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	Número certificado de nacido vivo 51911875 - 4
---	---

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos SIERRA VILLALBA MARY LUZ	
Documento de identificación (Clase y número) C.C.No. 52.880.242	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MORENO GARCIA JHON FREDY	
Documento de identificación (Clase y número) C.C.No. 79.633.475	Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MORENO GARCIA JHON FREDY	Firma Jhon F. Moreno G
Documento de identificación (Clase y número) C.C.No. 79.633.475	

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	Firma
Documento de identificación (Clase y número)	

Fecha de inscripción Año 2009 Mes ABR Día 25	Nombre y firma del declarante ante quien se hace el reconocimiento JULIO S. GARCIA MONTES
---	--



Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.014.869.099**

**MORENO SIERRA**  
APELLIDOS

**JAROD STEVEN**  
NOMBRES

*Jarod Moreno*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **23-ABR-2009**

**BOGOTA D.C**  
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**23-ABR-2027**

FECHA DE VENCIMIENTO

**22-JUN-2016 BOGOTA D.C.**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

**O+** **M**  
G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-1500150-00839470-M-1014869099-20160708 0050421923A 1 1523980207

**FONDO NACIONAL DEL AHORRO S.A.**  
**NIT 899.999.284-4**  
**CERTIFICADO SOBRE CREDITO HIPOTECARIO**  
**AÑO GRAVABLE 2024**

<b>Nombre del titular:</b>	<b>MARY LUZ SIERRA VILLALBA</b>	
<b>Número de Documento:</b>	<b>52880242</b>	
<b>Nombre del segundo titular:</b>		
<b>Número de Documento:</b>		
<b>Número de Crédito:</b>	<b>5288024207</b>	
<b>Fecha de desembolso:</b>	<b>26/11/2019</b>	
<b>Valor desembolsado:</b>		<b>\$36.800.000</b>
<b>Saldo Capital a: 31/12/2023</b>		<b>\$33.850.142</b>
<b>Saldo Capital a 31/12/2024</b>		<b>\$32.920.109</b>
<b>Saldo Intereses a 31/12/2024</b>		<b>\$147.128</b>
<b>Saldo Seguros a 31/12/2024</b>		<b>\$25.998</b>
<b>Saldo Otros cobros a 31/12/2024</b>		<b>\$0</b>
<b>Saldo total a 31/12/2024</b>		<b>\$33.093.235</b>
<b>Anticipo Cuotas futuras</b>		<b>\$0</b>
<b>Pagos del Periodo Capital:</b>		<b>\$930.033</b>
<b>Pagos del Periodo Intereses:</b>		<b>\$3.275.530</b>
<b>Pagos del periodo intereses de mora:</b>		<b>\$455</b>
<b>Pagos del Periodo Seguros y Otros:</b>		<b>\$513.594</b>
<b>Pagos efectuados por terceros:</b>		<b>\$0</b>
<b>Deducible por intereses y corrección monetaria hasta la suma de:</b>		<b>\$3.275.530</b>

**Para préstamos de adquisición de vivienda, la deducción estará limitada a 1,200.00 UVT equivalentes a \$59.758.800 para el año gravable 2024 según art. 1.2.4.1.23 del decreto único tributario 1625 de octubre 11 de 2016**

**Este documento no requiere para su validez firma autógrafa, de acuerdo con el artículo 1.6.1.12.12 del Decreto Único Tributario 1625 de octubre 11 de 2016**

**Fecha de Generación: 31/12/2024**

Sede principal  
Cra. 65 No. 11 - 83 Puente Aranda, Bogotá - Colombia  
Teléfono: 601 307 7070  
Línea gratuita: 01 8000 52 7070  
Línea de legalización: 01 8000 12 3362

Punto de atención principal - Correspondencia  
Calle 12 No. 65 - 11  
Puente Aranda, Bogotá - Colombia  
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.  
Sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m.

Portal web: [www.fna.gov.co](http://www.fna.gov.co)  
Facebook: [www.facebook.com/FNAColombia](https://www.facebook.com/FNAColombia)  
Twitter: @FNAahorro  
[contactenos@fna.gov.co](mailto:contactenos@fna.gov.co)



DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52880242	MARY LUZ SIERRA VILLALBA		Transversal 97 A # 2 - 70 Torre 17 AP304	3154802485	jarodymary@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

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	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91764618	\$701.900	

### 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	302.300	0		0		0	0	0	0	302.300	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	386.900	0	0	0	0	0	0	0	386.900	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	12.700				12.700	0	0	12.700			127	12.700	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	302.300	302.300
Pensión	1	386.900	386.900
Riesgos Laborales	1	12.700	12.700
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>701.900</b>	<b>701.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	52880242	MARY LUZ SIERRA VILLALBA		Transversal 97 A # 2 - 70 Torre 17 AP304	3154802485	jarodymary@gmail.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		
					EMPLADOS	UPC	
					1	0	
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	10/12/2025	91764618	\$701.900		

DETALLE POR COTIZANTE																																															
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES								PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo	No. de identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Com. exonerado	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	ISE	ISA	IAS	IASP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario 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	52880242	SIERRA VILLALBA MARY LUZ	59	0			N																	25-14	2.418.000	386.900	0	0	0	0	EPS008	2.418.000	302.300	14-23	2.418.000	1	12.700		0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA