

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: MARÍA ANGÉLICA MADERA PÉREZ

IDENTIFICACIÓN: CC ☒ NIT ☒ No. 25.970.907

CONTRATO No.: ADRES-CPS-397 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES respondiendo por el componente técnico designado en la elaboración de conceptos, informes y análisis solicitados por los grupos internos de la Dirección de Otras Prestaciones y los proceso judiciales requeridos por la Oficina Asesora Jurídica y que han sido presentadas por 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, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de transito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social. ID 168 DOP.

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

LA SUMA DE: OCHO MILLONES QUINIENTOS QUINCE MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS M/CTE. (\$ 8.515.319).

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Diagonal 182 No. 20-71

TELÉFONO: 3193585154



FIRMA
C.C. 25970907

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 25970907		MADERA PEREZ MARIA ANGELICA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 14 #3-44	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	Si	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																																												
EMPLEADO			NOVEDADES										PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES															
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sin	ige	lma	vac	avp	vct	lrl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes			
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$3,406,128	\$545,000			\$3,406,128	\$425,800			\$0	\$0			\$3,406,128	\$17,800			\$0	\$0		
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																									\$3,406,128	\$545,000			\$3,406,128	\$425,800			\$0	\$0			\$3,406,128	\$17,800			\$0	\$0		
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																									\$3,406,128	\$545,000			\$3,406,128	\$425,800			\$0	\$0			\$3,406,128	\$17,800			\$0	\$0		
1	CC	25970907	MADERA MARIA																	25-14	30	\$3,406,128	\$545,000	EPS005	30	\$3,406,128	\$425,800		0	\$0	\$0	14-23	30	\$3,406,128	0.522%	\$17,800	0	\$0	\$0	No	\$988,600			
Total Afiliados(1)																									\$3,406,128	\$545,000			\$3,406,128	\$425,800			\$0	\$0			\$3,406,128	\$17,800			\$0	\$0		

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-12	2025-12	2018685982	9496603401	I	2026/01/05	2025/12/18	BANCOLOMBIA	0	\$988,600
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$545,000	\$0	\$0	\$545,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$545,000	\$0	\$0	\$0	\$545,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$17,800	\$0	\$0	\$17,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$17,800	\$0	\$0	\$0	\$17,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$425,800	\$0	\$0	\$425,800
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$425,800	\$0	\$0	\$0	\$425,800
TOTAL					1	\$988,600	\$0	\$0	\$988,600



**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
MARÍA ANGÉLICA MADERA PÉREZ	25970907

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 7,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-397-2025

Fecha de Inicio: 11 de febrero de 2025 Fecha de Terminación: 31 de diciembre de 2025

Valor total del Contrato: \$ 90.830.070,00 Prórroga: SI X NO ☐

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$ 8.515.319,00.

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 económica- mente 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.



**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. XXXXXXXX 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.

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



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

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: 

María Angélica Madera Pérez

Cédula de ciudadanía No. 25970907. Bogotá

D.C., 31 de diciembre de 2025.