

CIUDAD: Bogotá 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: SOLEDAD CHAPARRO PATIÑO

IDENTIFICACIÓN: **CC** **NIT** **No.** 24.167.107

CONTRATO No.: ADRES-CPS-091-2025

OBJETO:

Prestar servicios profesionales especializados a la Dirección de otras Prestaciones de la ADRES liderando las actividades del componente médico relacionadas con el proceso de revisión de calidad de los resultados de auditoría de las cuentas presentadas por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos; así como de las reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social. ID 181 DOP

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/12/2025

HASTA: 31/12/2025

LA SUMA DE: NUEVE MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA Y UN MIL TRESCIENTOS NOVENTA Y SEIS PESOS M/C (\$ 9.251.396 M/C)

POR CONCEPTO DE: HONORARIOS

DIRECCIÓN: Calle 58 No 13-68 Apto 603

TELÉFONO: 3204191270



FIRMA

C.C 24.167.107 DE TIBASOSA-BOYACÁ



**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 |
|----------------------------|---------------------------|
| Soledad Chaparro Patiño | 24.167.107 |

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. No. ADRES-CPS-091-2025

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

Valor total del Contrato: \$ 105.157.536 Prórroga: SI NO

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$ 9.251.396

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 (\$2.145.570), (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. 24.167.107 de Tibasosa
Bogotá D.C., 31/12/2025

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | |
|---|---------------------------------------|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 24167107 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | SOLEDAD CHAPARRO PATINO | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CALLE 58 13 68 | TELÉFONO: 3204191 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | SUCURSAL | SUCURSAL / DEPENDENCIA: 1 - CONTRATO 2 |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO | |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | |
|--------------------------------|-------------------|------------------------------------|
| NÚMERO PLANILLA: | 7996183186 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: diciembre | PERIODO COTIZACIÓN MES: diciembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2025 | SALUD: AÑO: 2025 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2025/12/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 1998877215 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| LIQUIDACIÓN GENERAL | | | | | |
|------------------------------|--------|---|--|------------|-------------------|
| | | | | TOTALES | |
| | | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | | 1 | \$ 592.100 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 592.100 |
| SALUD | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 8600669427 | EPS008 | EPS008-COMPENSAR | | 1 | \$ 462.600 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 462.600 |
| RIESGOS PROFESIONALES | | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | | |
| 8600111536 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | | 1 | \$ 19.400 |
| SUBTOTAL: | | | | 1 | \$ 19.400 |

| | |
|------------------------|---------------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 1.074.100 |
| VALOR MORA: | \$ 0 |
| TOTAL PAGADO: | \$ 1.074.100 |



MEDISANITAS S.A.S

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 800.153.424-8

Medisanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 10 de diciembre de 2025

A QUIEN CORRESPONDA

MEDISANITAS certifica, que durante el año gravable 2024, **SOLEDAD CHAPARRO PATIÑO** identificado (a) con CC No. **24167107**, Titular del Contrato No.20605226532, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

| APELLIDOS Y NOMBRES | DOCUMENTO | PARENTESCO | PERIODO | VR NETO | VALOR IVA | TOTAL |
|--------------------------------|------------------|-------------------|----------------|----------------|------------------|--------------|
| SOLEDAD CHAPARRO PATIÑO | CC 24167107 | TITULAR | 01-07/31-12 | \$2.043.400 | \$102.170 | \$2.145.570 |
| POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS | | | | \$0 | \$0 | \$0 |

LA SUMA DE: \$2.145.570 (DOS MILLONES CIENTO CUARENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS SETENTA PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2, artículo 1.2.4.1.6, del Decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT mensuales.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada