

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 31/12/25

**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: DEISSY NATHALY CÁRDENAS LEMUS

IDENTIFICACIÓN: CC  NIT  No. 1.057.585.897

CONTRATO No.: ADRES-CPS-752-2025 de 2025

OBJETO: Prestar servicios profesionales en la oficina de control interno, con plena autonomía técnica, administrativa y financiera para la ejecución del plan de auditoria interna 2025, para apoyar ejercicios de evaluación, seguimiento y auditoria a los componentes del sistema de control interno y a los subsistemas de gestión implementados, así como para la estructuración de los informes en temas administrativos y financieros requeridos en cumplimiento de la normatividad vigente. ID-006-OCI

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/12/25 HASTA: 31/12/25

OCHO MILLONES CIENTO OCHENTA Y CUATRO MIL QUINCE PESOS M/CTE (\$8.184.015)

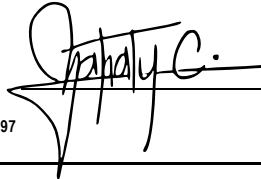
LA SUMA DE:

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CARRERA 96B 19 30

TELÉFONO: 3057543426

FIRMA  
C.C 1.057.585.897



## PAGADO 05/12/2025

### I. DATOS DEL APORTANTE

<b>Razón Social</b>	DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS		
<b>Documento</b>	CC1057585897	<b>Dirección</b>	CR 18C #26 A - 44
<b>Tipo de Empresa</b>	INDEPENDIENTE	<b>Teléfono</b>	93207353
<b>Tipo Persona</b>	NATURAL	<b>Forma Presentación</b>	ÚNICO
<b>Ciudad</b>	BOGOTA D.C.	<b>Departamento</b>	BOGOTA D.C.
<b>Representante Legal</b>		<b>Identificación</b>	
<b>Total Afiliados</b>	1	<b>ARP</b>	POSITIVA DE SEGUROS

### II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total											
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	IGI	UMC	AMP	ACI	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANE	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total		
CC 1057585897	DEISSY NATHALY CARDENAS LEMUS	59	00																	0	30	30	30	0	(25-14) COLPENSIONES	\$ 3.273.606	\$ 523.800	(EPS005) EPS SANITAS	\$ 3.273.606	\$ 409.300	0,522	\$ 3.273.606	\$ 17.100	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 950.200

### III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 3.273.606	\$ 3.273.606	\$ 3.273.606	\$ 0	\$ 523.800	\$ 409.300	\$ 17.100	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 950.200	\$ 0	\$ 950.200



**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>
Deissy Nathaly Cárdenas Lemus	1.057.585.897

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 74902 , Tarifa ICA 7,66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-752-2025

Fecha de Inicio: 27/10/2025 Fecha de Terminación: 31/12/2025

Valor total del Contrato: \$19.096.035 Prórroga: SI  NO

Valor por concepto de Honorarios 2025: \$8.184.015

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>
Registro Civil de Nacimiento	1256218272	MARÍA JOSÉ MARQUÉZ CÁRDENAS	Hija

(\*) 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 **Iván Arturo Márquez Rincón** identificado (a) con la C.C. No. 1.018.453.571 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:

Cédula de ciudadanía No. 1.057.585.897 de Sogamoso-Boyacá

Bogotá D.C., 31/12/2025