CIUDAD: Bogotá
FECHA: 05/05/2026

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: MILENA FARFAN PINZON

IDENTIFICACIÓN: **CC X** **NIT** No. 1.075.662.488 de ZIPAQUIRA

CONTRATO No.: 602 DE 2026

OBJETO: **Prestar servicios profesionales orientados al análisis de requerimientos y la elaboración de casos de prueba necesarios para el diseño, desarrollo, implementación y puesta en marcha de los Sistemas de Información de la Entidad ID-059-DGTIC**

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01/04/2026 **HASTA:** 30/04/2026

LA SUMA DE: OCHO MILLONES CUATROCIENTOS CUARENTA Y SIETE MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS M/CTE ($8.447.670,00)

POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: Carrera 2a #10a-291 Sur Cajicá
TELÉFONO: 3134340819



FIRMA

MILENA FARFAN PINZON
CC: 1.075.662.488

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-04, 08:45:46 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1081163001

Periodo Cotización: abril de 2026 **Periodo Servicio:** abril de 2026

PAGADO 30/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	MILENA FARFAN PINZON		
Documento	CC1075662488	**Dirección**	CR 2A #10 A - 291 SUR T4 APTO 603
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3134340819
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	CAJICA	**Departamento**	CUNDINAMARCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	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	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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 1075662488	MILENA FARFAN PINZON	59	00																	0	30	30	30	0	(230901) OLD MUTUAL SKANDIA	$ 3.380.000	$ 540.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 3.380.000	$ 422.500	0,522	$ 3.380.000	$ 17.700	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 981.000

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
$ 3.380.000	$ 3.380.000	$ 3.380.000	$ 0	$ 540.800	$ 422.500	$ 17.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 981.000	$ 0	$ 981.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2026-04-30, 06:41:14 PM en horario extendido
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2026
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2026
Empresa	MILENA FARFAN PINZON
CEDULA CIUDADANIA	CC 1075662488
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1081163001
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	268047480
Banco	(1051) - BANCO DAVIVIENDA
Valor	$ 981.000
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	172.29.10.57

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800253055	230901	FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS SKANDIA	1	$ 540.800	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 422.500	$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	$ 17.700	$ 0
		SubTotales:		$ 981.000	$ 0
		Total a Pagar:			$ 981.000

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder de lo SIMPLE!

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2026

Bogotá D.C., 05 de mayo de 2026

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Milena farfán Pinzón	1075662488

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 6201, Tarifa ICA 9.66%
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-602-2026
Durante el año gravable 2024 fue declarante de renta SI ☒ NO ☐

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2026 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.
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.

CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2026

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.

Igualmente, con mi firma declaro: que mi cónyuge XXXXXXX identificado (a) con la C.C. No. XXXXXX no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

3. 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 202X; 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.

4. 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.

5. 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 2026

6. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de ($5'133.240), (anexo certificación del año inmediatamente anterior) que no supera las 16 UVT mensuales

7. 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)

8. 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: 
Milena Farfán Pinzón
Cédula de ciudadanía No. 1075662488 de Zipaquirá
Bogotá D.C., 05 de mayo de 2026

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141227508988

(415)7707212489984(8020) 000014122750898 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 5 6 6 2 4 8 8	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 5 6 6 2 4 8 8	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Zipaquirá 8 9 9

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
FARFAN	PINZON	MILENA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Cajicá 1 2 6

41. Dirección principal
CR 2 A 10 A 291 SUR CON BOSQUE SABANA NATURA

42. Correo electrónico milenitafarfan@hotmail.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 3 4 3 4 0 8 1 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
6 2 0 1	2 0 1 6 1 2 1 5	7 4 9 0	2 0 1 8 0 1 0 1					

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
53. Código	5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	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 [X] 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 FARFAN PINZON MILENA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.

NIT: 860.078.828-7

CERTIFICA

Que el (la) señor (a) **MILENA FARFAN,** identificado (a) **CC 1075662488,** titular del contrato de Medicina Prepagada Colsanitas S.A. No **10108143927** pagó por concepto de cuota mensual de medicina prepagada, durante el período comprendido entre el **01/01/2025** al **31/12/2025.**

LA SUMA DE: CINCO MILLONES CIENTO TREINTA Y TRES MIL DOSCIENTOS CUARENTA PESOS M/CTE ($ 5.133.240).

Por los siguientes beneficiarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	VLR. MES
MILENA FARFAN PINZON	CC 1075662488	CT	$ 427.770

Nota:
Este valor incluye IVA 5 %
Este valor está sujeto a modificaciones según novedades que presente durante la vigencia del mismo.

Atentamente,

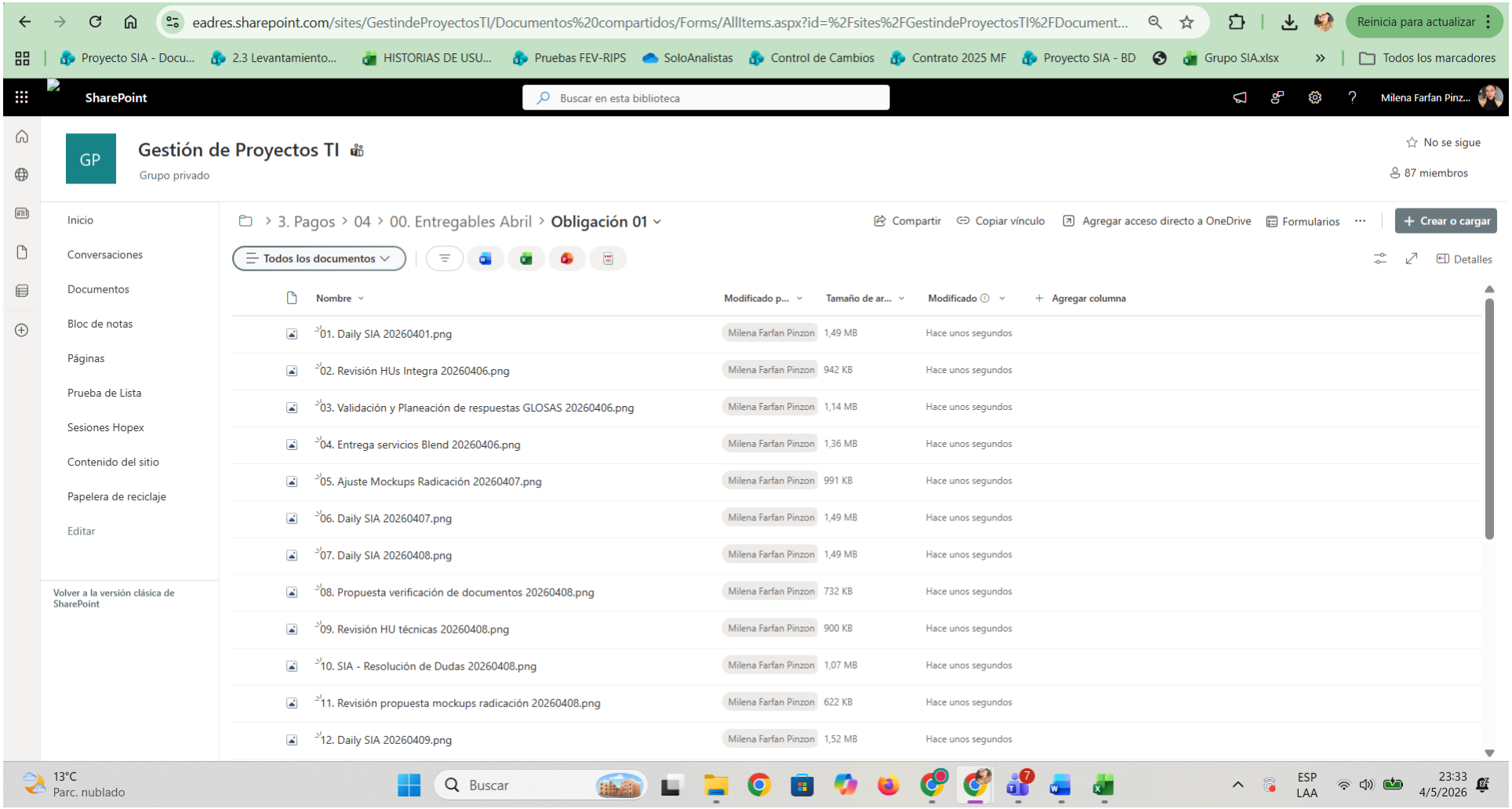
Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

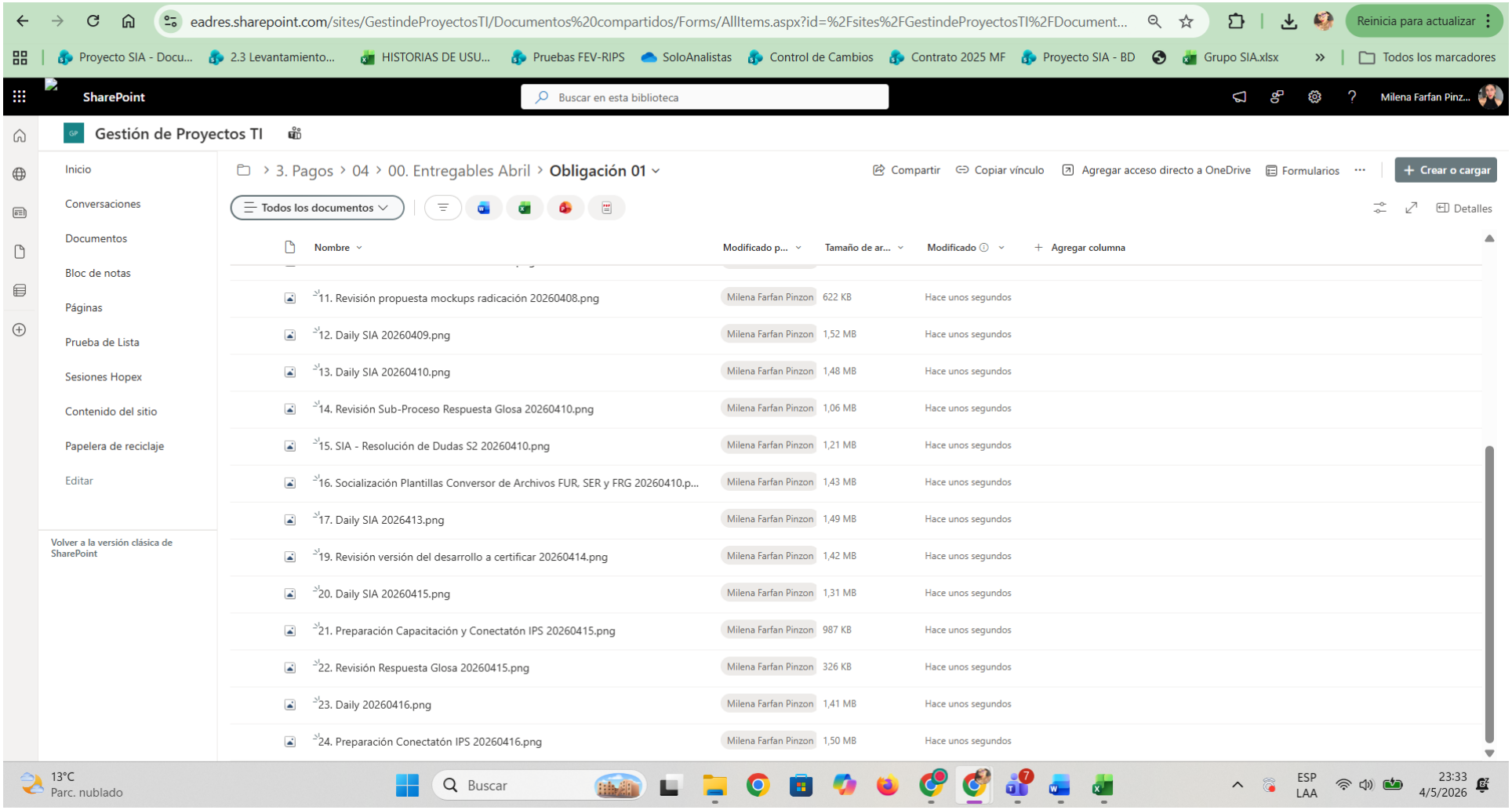
Elaboró: orozo

Bogotá D.C 4 de febrero de 2026

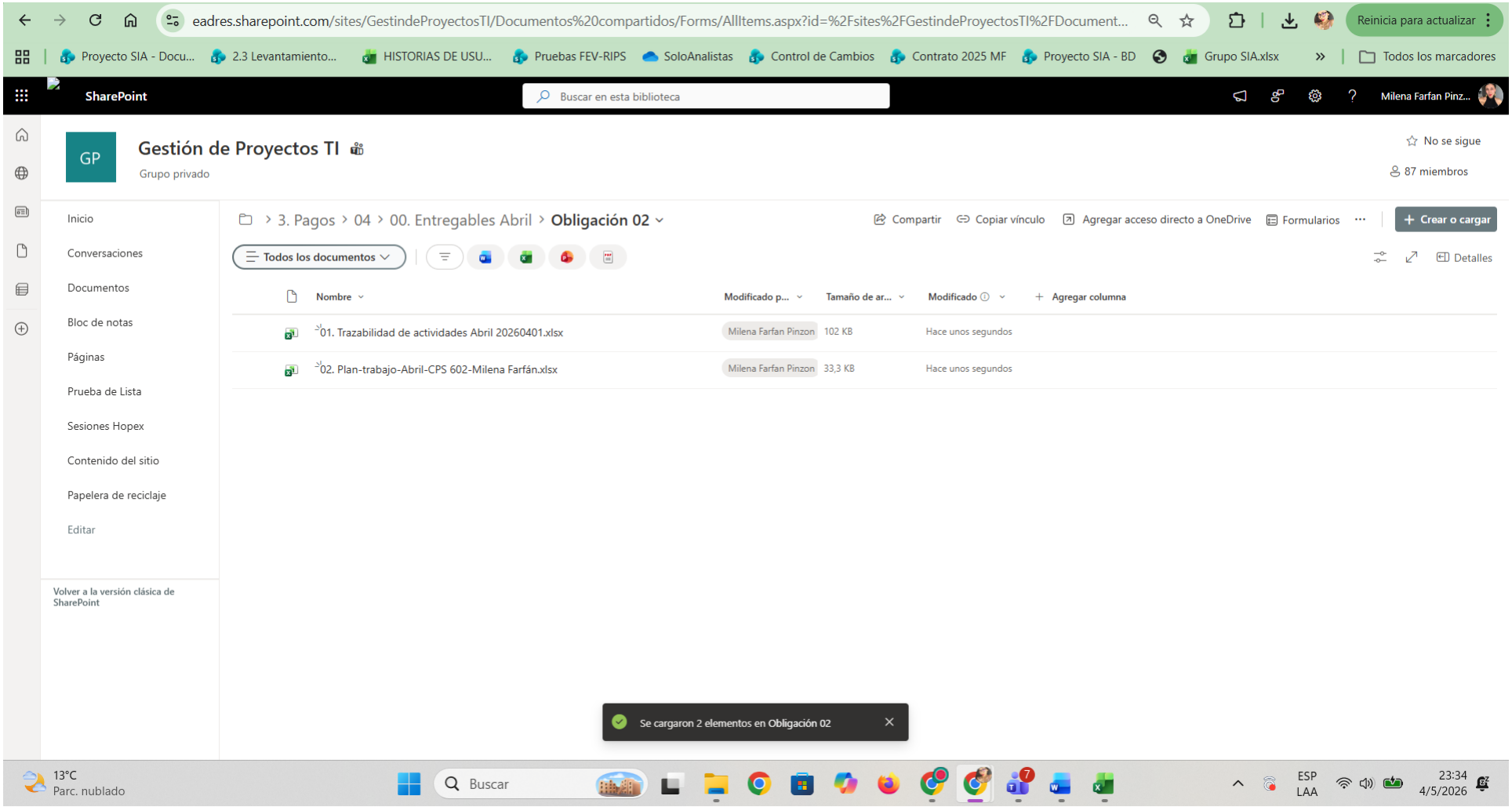
Soporte de Entregables Share Point Milena Farfán – Contrato ADRES-CPS-602-2026 – Abril de 2026

Obligación 01:

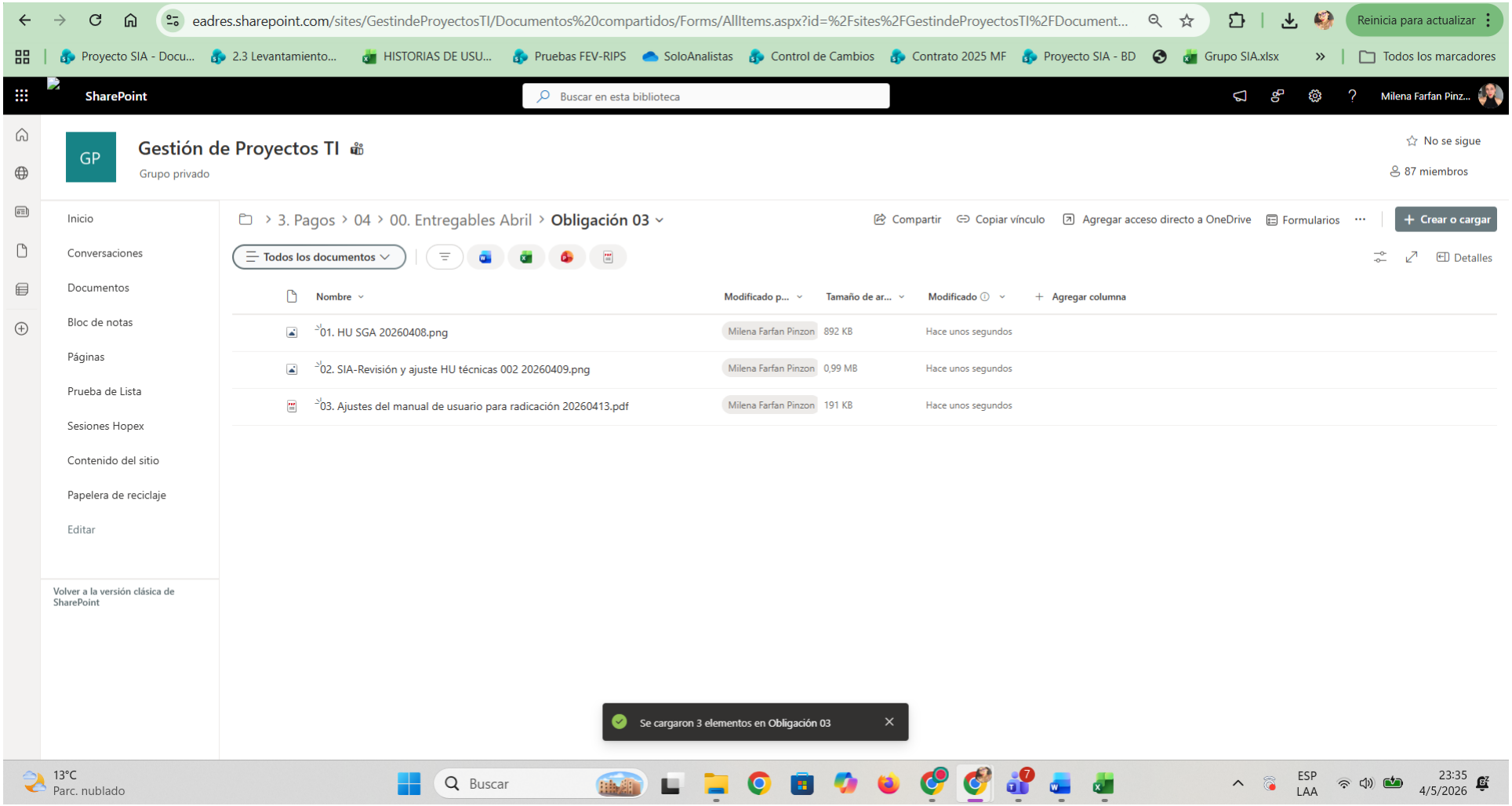



eadres.sharepoint.com/sites/GestindeProyectosTI/Documentos%20compartidos/Forms/AllItems.aspx?id=%2Fsites%2FGestindeProyectosTI%2FDocument...
Reinicia para actualizar
Proyecto SIA - Docu...
2.3 Levantamiento...
HISTORIAS DE USU...
Pruebas FEV-RIPS
SoloAnalistas
Control de Cambios
Contrato 2025 MF
Proyecto SIA - BD
Grupo SIA.xlsx
Todos los marcadores
SharePoint
Buscar en esta biblioteca
Milena Farfan Pinz...
Gestión de Proyectos TI
Inicio
Conversaciones
Documentos
Bloc de notas
Páginas
Prueba de Lista
Sesiones Hopex
Contenido del sitio
Papelera de reciclaje
Editar
Volver a la versión clásica de SharePoint
3. Pagos › 04 › 00. Entregables Abril › Obligación 01
Compartir
Copiar vínculo
Agregar acceso directo a OneDrive
Formularios
Crear o cargar
Todos los documentos
Detalles
Nombre
Modificado p...
Tamaño de ar...
Modificado
Agregar columna
11. Revisión propuesta mockups radicación 20260408.png Milena Farfan Pinzon 622 KB Hace unos segundos
12. Daily SIA 20260409.png Milena Farfan Pinzon 1,52 MB Hace unos segundos
13. Daily SIA 20260410.png Milena Farfan Pinzon 1,48 MB Hace unos segundos
14. Revisión Sub-Proceso Respuesta Glosa 20260410.png Milena Farfan Pinzon 1,06 MB Hace unos segundos
15. SIA - Resolución de Dudas S2 20260410.png Milena Farfan Pinzon 1,21 MB Hace unos segundos
16. Socialización Plantillas Conversor de Archivos FUR, SER y FRG 20260410.p... Milena Farfan Pinzon 1,43 MB Hace unos segundos
17. Daily SIA 2026413.png Milena Farfan Pinzon 1,49 MB Hace unos segundos
19. Revisión versión del desarrollo a certificar 20260414.png Milena Farfan Pinzon 1,42 MB Hace unos segundos
20. Daily SIA 20260415.png Milena Farfan Pinzon 1,31 MB Hace unos segundos
21. Preparación Capacitación y Conectatón IPS 20260415.png Milena Farfan Pinzon 987 KB Hace unos segundos
22. Revisión Respuesta Glosa 20260415.png Milena Farfan Pinzon 326 KB Hace unos segundos
23. Daily 20260416.png Milena Farfan Pinzon 1,41 MB Hace unos segundos
24. Preparación Conectatón IPS 20260416.png Milena Farfan Pinzon 1,50 MB Hace unos segundos
13°C
Parc. nublado
Buscar
ESP
LAA
23:33
4/5/2026

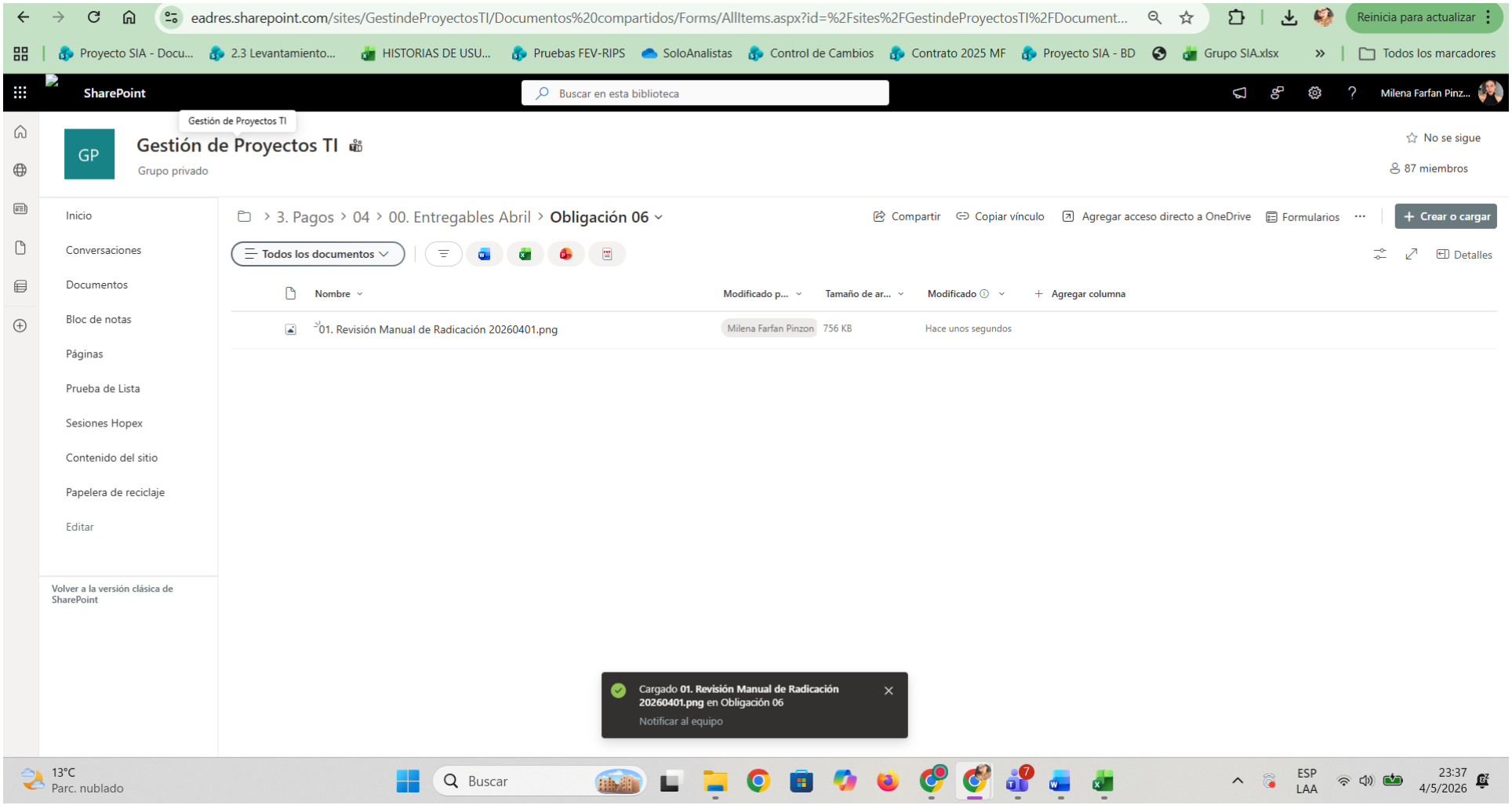
Obligación 02:



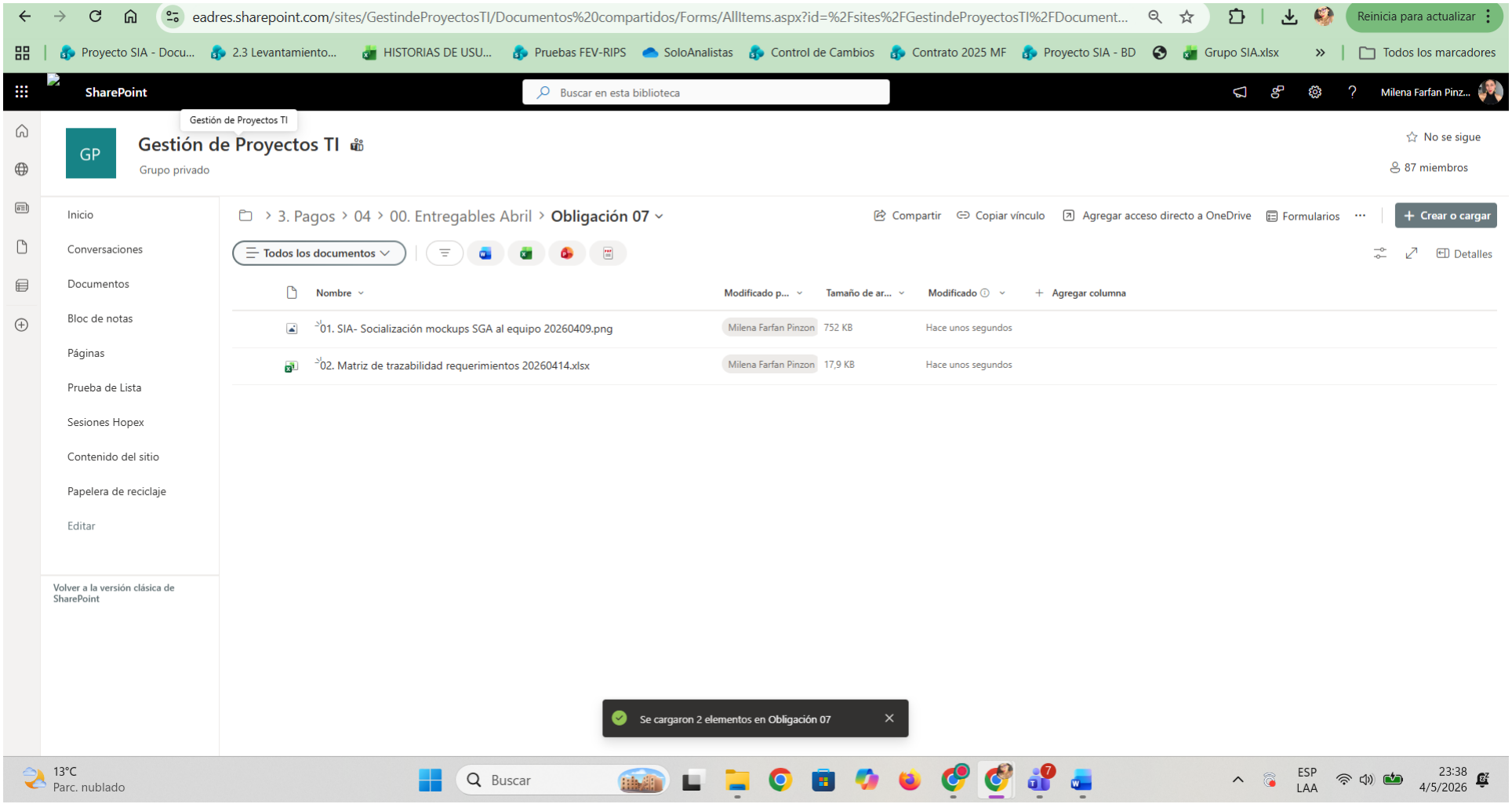
Obligación 03:



Obligación 06:



Obligación 07:



Obligación 08:

