CIUDAD: BOGOTÁ D.C.

FECHA: 01 DE JUNIO DE 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: **KEVIN OSWALDO LEIVA QUIMBAYO**

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☐ **No.** 1.010.218.952

CONTRATO No.: ADRES-CPS-145-2026

OBJETO: Prestar servicios profesionales para ejercer la representación extrajudicial y judicial de los procesos en que sea parte la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES o contra el entonces FOSYGA. ID-078-OAJ.

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1 de mayo de 2026 **HASTA:** 31 de mayo de 2026

LA SUMA DE: NUEVE MILLONES DOSCIENTOS VEINTIDOS MIL PESOS M/CTE ($9.222.000,00)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CALLE 7A BIS NO 78H 95

TELÉFONO: 3008995670



FIRMA: KEVIN OSWALDO LEIVA QUIMBAYO
C.C 1010218952

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010218952		LEIVA QUIMBAYO KEVIN OSWALDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 7A BIS 78H 95 APT 419 CASTILLA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3008995670	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	323850151	9505002233	I	2026/06/12	2026/05/20	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,522,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,244,760	$839,200			$5,244,760	$655,600			$0	$0			$5,244,760	$27,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$5,244,760	$839,200			$5,244,760	$655,600			$0	$0			$5,244,760	$27,400		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$5,244,760	$839,200			$5,244,760	$655,600			$0	$0			$5,244,760	$27,400		$0	$0
1	CC	1010218952 LEIVA KEVIN	230301	30	$5,244,760	$839,200	EPS005	30	$5,244,760	$655,600		0	$0	$0	14-23	30	$5,244,760	$27,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$5,244,760	$839,200			$5,244,760	$655,600			$0	$0			$5,244,760	$27,400		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1010218952		LEIVA QUIMBAYO KEVIN OSWALDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 7A BIS 78H 95 APT 419 CASTILLA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3008995670	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	323850151	9505002233	I	2026/06/12	2026/05/20	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,522,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$839,200	$0	$0	$839,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$839,200	$0	$0	$839,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$27,400	$0	$0	$27,400
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$27,400	$0	$0	$27,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$655,600	$0	$0	$655,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$655,600	$0	$0	$655,600
TOTAL				**1**	**$1,522,200**	**$0**	**$0**	**$1,522,200**

ADRES

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

BOGOTÁ D.C., 01 DE JUNIO DE 2026

Nombres y Apellidos	No. Identificación
KEVIN OSWALDO LEIVA QUIMBAYO	1.010.218.952

Que para los efectos que sean pertinentes, me permito aportar la siguiente información personal:
Responsable de IVA: SI ☐ NO ☒ Adjuntar RUT donde se evidencia responsabilidad de IVA
Régimen Simple: SI ☐ NO ☒ Adjuntar RUT donde se evidencia que pertenece a RÉGIMEN SIMPLE
Código Actividad Económica 6910, Tarifa ICA: 8,66
Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-145-2026
Durante el año gravable 2024 fue declarante de renta SI ☒ NO ☐, adjunto soporte.

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. (compartir certificado el cual constate la dependencia para cada caso)

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 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. (Compartir certificado del año gravable 2024)

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. (diligenciar y compartir solicitud con monto a descontar y certificación de la cuenta)

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. (diligenciar y compartir solicitud con monto a descontar y certificación de la cuenta)

ADRES

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

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

---

6. 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

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. Diligenciar opción correspondiente obligatoriamente.

Atentamente,



Firma:
KEVIN OSWALDO LEIVA QUIMBAYO
CÉDULA DE CIUDADANÍA NO. 1010218952 DE BOGOTÁ
BOGOTÁ D.C., 01 DE JUNIO DE 2026