

CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 3/06/2026

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: MISAELE ALEJANDRO MORENO CASTRILLON

IDENTIFICACIÓN: **CC** **NIT** **No.** 1.014.198.901

CONTRATO No.: ADRES-CPS-506 de 2026

OBJETO: Prestar servicios profesionales en la Dirección de Otras Prestaciones en el proceso de determinación del deudor derivadas de los reconocimientos efectuados por presupuestos máximos, servicios, tecnologías en salud no financiados con la UPC, prestación de servicios de salud a víctimas de los eventos descritos en el artículo 167 de la Ley 100 de 1993, y en los procesos administrativos que en general sean requeridos por la Dirección. ID-269-DOP

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 21/05/2026 **HASTA:** 31/05/2026

LA SUMA DE: DOS MILLONES CATORCE MIL SEISCIENTOS OCHO PESOS CON SESENTA Y SIETE CENTAVOS M/CTE (\$2.014.608,67)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CARRERA 113A#78-43

TELÉFONO: 3138504952



FIRMA
C.C .1014198901

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------|----------------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | |
| CC | 1014198901 | MISAEAL ALEJANDRO MORENO CASTRILLON | cARRERA 113A #78-43 INT 1 APTO 301 | 3138504952 | alejandro_mc89@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | I - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|---------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 84313243 | 21/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | \$0 | \$257.500 | |

TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS010 | EPS Sura | 800088702-2 | 110.900 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 110.900 | 1 |

| TOTALES PENSIÓN | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 141.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 141.900 | 1 |

| TOTALES RIESGOS LABORALES | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 4.700 | | | | 4.700 | 0 | 0 | 4.700 | | | 47 | 4.700 | 1 |

| TOTALES CAJAS | | | | | | | | |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|--|
| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados | |
| | | | | | | | | |

| TOTALES PARAFISCALES | | | | |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

| TOTALES POR SUBSISTEMA | | | |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|
| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud | 1 | 110.900 | 110.900 |
| Pensión | 1 | 141.900 | 141.900 |
| Riesgos Laborales | 1 | 4.700 | 4.700 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 257.500 | 257.500 |

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---------------------|-------------------|-------------------------------------|------------------------------------|--------------|----------------------------|-------------------------------------|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1014198901 | MISAEAL ALEJANDRO MORENO CASTRILLON | cARRERA 113A #78-43 INT 1 APTO 301 | 3138504952 | alejandro_mc89@hotmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | |
| ÚNICA | 1 - Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | 84313243 | 21/05/2026 | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIÓN | TIPO PLANILLA | TOTAL NÓMINA | TOTAL A PAGAR | |
| 2026-05 | 2026-05 | I | \$0 | \$257.500 | |

| DETALLE POR COTIZANTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------------|------------|---------|-----------------------|--------------------|------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|-----|-----|-----|-------|----|------------|-------------------|---------|------|------------|---------------------|----------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------|---------|------|------------------------|----------|---------|------|-----------------|------------|------------|---------|------|------------|------------------------|-------------|-------------|-------------|------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No. | Tipo y Número de Identificación | Apellidos y Nombres | Colombiano | Subtipo | Extranjero | Colomb. extranjero | Envenenado | ING | RET | TRE | TRE | TRE | TRE | TRE | VSP | VST | SEN | ICE | LVA | VAC | AVP | VCT | RL | CORRECCION | Cód. AFP | IBC AFP | Días | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Días | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Días | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Días | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN | |
| 1 | CC 1014198901 | MORENO CASTRILLON MISAEAL ALEJANDRO | 59 | 0 | | | N | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 886.429 | 11 | 141.900 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS010 | 886.429 | 11 | 110.900 | 14-23 | 886.429 | 11 | 1 | 4.700 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA



Certificado Médico Ocupacional

EMPRESA

ALPARGATAS COLOMBIA S.A.S.



| | | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| NO. CERTIFICADO | 2.091.166 | FECHA | 18/12/2025 9:22 a.m. | CIUDAD | BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S. |
| PENSIONES | COLPENSIONES | ARL | SURA | | |
| EPS | SURA | TIPO DE EXAMEN | PERIODICO | | |
| NOMBRES Y APELLIDOS | MORENO CASTRILLON MISAEL ALEJANDRO | | | NO. DOCUMENTO | CC. 1.014.198.901 |
| TIPO DE CARGO | ADMINISTRATIVO | | | CARGO U OFICIO | ANALISTA DE OPERACIONES |
| EDAD | 36 | SEXO | M | TELÉFONO | 3138504952 |
| | | CORREO | alejandro_mc89@hotmail.com | | |

ACTIVIDAD ECONOMICA: COMERCIO AL POR MAYOR DE METALES Y PRODUCTOS METALÍFEROS

EXÁMENES REALIZADOS

AUDIOMETRÍA - ENFASIS OSTEOMUSCULAR - EXAMEN MEDICO PERIODICO - VISIOMETRÍA

CONCEPTO DE APTITUD

Apto sin restricciones para el cargo

OTROS CONCEPTOS

NA

RECOMENDACIONES GENERALES

SE SUGIERE CONTINUAR CONTROL POR ENDOCRINOLOGIA, DEPORTOLOGO Y NUTRICION.

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN PREVENCIÓN DE LESIONES OSTEOMUSCULARES - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN BUENOS HÁBITOS DE VIDA RIESGO CARDIOVASCULAR - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN AUDITIVA - SE SUGIERE INCLUIR EN PROGRAMAS DE P Y P EN CONSERVACIÓN VISUAL

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJADOR

MANTENER ALIMENTACIÓN SALUDABLE Y BALANCEADA - CONTINUAR INDICACIONES DADAS POR SU MEDICO TRATANTE - USO PERMANENTE DE CORRECCIÓN ÓPTICA - CONTROL PERIÓDICO POR OPTOMETRÍA Y/U OFTALMOLOGÍA - SE ACONSEJA MANTENER ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

SE RETROALIMENTA AL PACIENTE SOBRE HALLAZGOS DE LA CONSULTA, EL PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

RECOMENDACIONES AUDIOMETRIA

CONTROL PERIÓDICO - *DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL SISTEMA DE GESTION DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO (SGSST) DE LA EMPRESA * - PAUTAS DE HIGIENE Y CONSERVACIÓN AUDITIVA - EVITAR EXPOSICION A RUIDOS FUERTES, MÚSICA A ALTO VOLUMEN; USO ALTERNO DEL CELULAR

RECOMENDACIONES VISIOMETRIA

CONTINUAR USO CORRECCION OPTICA PERMANENTE - CONTROL ANUAL POR OPTOMETRIA - REALIZAR PAUSAS ACTIVAS VISUALES DURANTE LA JORNADA SIGUIENDO LA REGLA 20-20-20

AUTORIZACIÓN DE DATOS PERSONALES

Yo, MORENO CASTRILLON MISAEL ALEJANDRO, identificado(a) con el documento de identidad CC No. 1.014.198.901, en mi calidad de titular de los datos personales, manifiesto que he sido informado(a) y entiendo que el tratamiento de mis datos personales por parte de MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados, se realizará conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012, el Decreto 1377 de 2013, y las normas que las reglamenten o modifiquen. En virtud de lo anterior, autorizo de manera libre, previa, expresa e informada a MEDICINA LABORAL S.A.S., sus aliados y/o terceros autorizados para recolectar, almacenar, usar, circular y suprimir mis datos personales, incluyendo datos sensibles como información biométrica y datos relacionados con mi salud, con las siguientes finalidades: 1. Brindar una atención óptima, eficiente y personalizada en la prestación de servicios de salud ocupacional y medicina laboral. 2. Cumplir con las obligaciones legales y contractuales relacionadas con el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST). 3. Implementar los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica de las empresas con las cuales se tiene una relación contractual. 4. Realizar estudios de investigación con fines científicos, garantizando el anonimato de los datos personales cuando corresponda. 5. Cumplir con los requerimientos de las autoridades competentes en el marco de la normatividad vigente.

Derechos del titular: De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 1581 de 2012, como titular de los datos personales, tengo derecho a: 1. Conocer, actualizar, rectificar, revocar, solicitar supresión de mis datos personales. 2. Solicitar prueba de la autorización otorgada. 3. Presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio si considero que se han vulnerado mis derechos.

La Política de Tratamiento de Datos Personales de MEDICINA LABORAL S.A.S. está disponible en <https://medilaboral.com/documentacion/> donde se especifican los mecanismos y canales para ejercer mis derechos como titular de los datos personales.

Declaro que la información suministrada es veraz, completa y correcta, y manifiesto mi autorización para el tratamiento de mis datos personales conforme a los términos aquí establecidos.

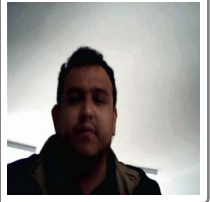
En constancia, firmo:

Aspirante o trabajador

CC. 1.014.198.901



Certificado Médico Ocupacional



EMPRESA

ALPARGATAS COLOMBIA S.A.S.

| | | | | | |
|----------------------------|------------------------------------|---------------|----------------------------|-----------------------|----------------------------------|
| NO. CERTIFICADO | 2.091.166 | FECHA | 18/12/2025 9:22 a.m. | CIUDAD | BOGOTÁ - MEDICINA LABORAL S.A.S. |
| PENSIONES | COLPENSIONES | ARL | SURA | | |
| EPS | SURA | | | TIPO DE EXAMEN | PERIODICO |
| NOMBRES Y APELLIDOS | MORENO CASTRILLON MISAEL ALEJANDRO | | | NO. DOCUMENTO | CC. 1.014.198.901 |
| TIPO DE CARGO | ADMINISTRATIVO | | | CARGO U OFICIO | ANALISTA DE OPERACIONES |
| EDAD | 36 | SEXO | M | TELÉFONO | 3138504952 |
| | | CORREO | alejandro_mc89@hotmail.com | | |

Aspirante o trabajador

Profesional

Carmen E. Gómez P.
Carmen E. Gómez P.
 Médica Ocupacional
 R.M. 2041 de 1997
 Res. S.O. 12773/2024

CC. 1.014.198.901

DRA. GOMEZ PEZZOTTI CARMEN ELENA R.M. 2041/97 CC26766362 LIC 12773 24-01-2024

ELABORADO POR: MEDICINA LABORAL S.A.S. 830142721 SEDE: SANTA MARIA DEL LAGO CRA 72 BIS NO. 73-93 PBX: (601) 770 27 74 BOGOTÁ

Evaluación realizada conforme a la Resolución 1843 del 2025

www.medilaboral.com



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

Bogotá D.C., 03 de Junio de 2026

| Nombres y Apellidos | No. Identificación |
|------------------------------------|---------------------------|
| Misael Alejandro Moreno Castrillon | 1.014.198.901 |

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 8,66%

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. **ADRES-CPS-506-2026**

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.
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 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.

- 3. 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 2026; 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 (\$), 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:
Misael Alejandro Moreno Castrillon
Cédula de ciudadanía No. 1.014.198.901 de Bogotá
Bogotá D.C., 03.06.2026

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MISAELE ALEJANDRO MORENO CASTRILLON** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1014198901**, se encuentra afiliado/a desde **01/06/2024** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de junio de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.