

CIUDAD: Bogotá
FECHA: 01/07/2026

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: ALEXANDER OCHOA MANRIQUE

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT No. 80.084.436 de BOGOTÁ D.C.

CONTRATO No.: 25 DE 2026

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección Administrativa y Financiera de la ADRES, apoyando actividades relacionadas con el manejo de inventarios y activos fijos y apoyo logístico al proceso de Gestión Administrativa y Documental. ID-061-DAF

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01/06/2026 **HASTA:** 30/06/2026

LA SUMA DE: OCHO MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL QUINIENTOS
CINCUENTA PESOS M/CTE (\$8.285.550,00)
POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: Calle 127 d No. 53 a 70
TELÉFONO: 3229090853

FIRMA



ALEXANDER OCHOA MANRIQUE
CC: 80.084.436

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	80084436	ALEXANDER OCHOA MANRIQUE		Calle 127d No. 53 A - 70	3229090853	kino8a@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86118116	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$963.600	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	415.000	0		0		0	0	0	0	415.000	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	531.200	0	0	0	0	0	0		531.200	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	17.400				17.400	0	0	17.400			174	17.400	1

TOTALES CAJAS									
Código CCF	Nombre					NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte

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	415.000	415.000
Pensión	1	531.200	531.200
Riesgos Laborales	1	17.400	17.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	963.600	963.600

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		86118116	09/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$963.600	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES						PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Sesgado	Extranjero	Colaborador	Exonerado	Más de un empleo	Tarifa	Tipo	VGP	VST	SENA	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	RIL	CONEXIÓN	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	Día	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC-80084436	OCHOA MANRIQUE ALEXANDER			59	0		N															230201	3.320.000	30	531.200	0	0	0	0	EPS017	3.320.000	30	415.000	14-23	3.320.000	30	1	17.400		0	0	0	0	0	0	0	0	0



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

Bogotá D.C., 01 de julio de 2026

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Alexader Ochoa Manrique	80.084.436

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 8299, Tarifa ICA 9.66%

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-025-2026

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 (*)
Registro Civil	1014744988	Antonella Ochoa Pérez	Hija

(*) 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.
- 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.



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

- 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 María José Pérez Ramírez identificada con la C.C. No. 1.404.055, 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 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.
- 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.

-
- 6. Declaro que consigné a Medicina prepagada, servicios complementarios de salud, la suma de (\$), que no supera las 16 UVT mensuales



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

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.

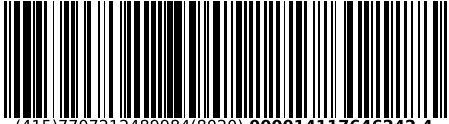
Atentamente,

Firma: 

Alexander Ochoa Manrique

Cédula de ciudadanía No. 80.084.436 de Bogotá

Bogotá D.C., 01 de julio de 2026

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141176462424			
				 (415)7707212489984(8020) 000014117646242 4			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT)		6. DV		12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico	
8 0 0 8 4 4 3 6		9		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		8 0 0 8 4 4 3 6			
Lugar de expedición		28. País		29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA		1 6 9		Bogotá D.C.		Bogotá, D.C. 0 0 1	
31. Primer apellido		32. Segundo apellido		33. Primer nombre		34. Otros nombres	
OCHOA		MANRIQUE		ALEXANDER			
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio			
COLOMBIA		Bogotá D.C.		Bogotá, D.C.		0 0 1	
41. Dirección principal							
CL 127 D 53 A 70							
42. Correo electrónico kino8a@hotmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1		45. Teléfono 2	
				3 2 2 9 0 9 0 8 5 3			
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	
8 2 9 9	2 0 2 5 0 3 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 ordinario							
49 - No responsable de IVA							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
54. Código 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20				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.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre OCHOA MANRIQUE ALEXANDER			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1014744988		REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO		Indicativo Serial 59961064
Datos de la oficina de registro - Clase de oficina				
Registraduría	Notaria ☒	Número 40	Consulado	Corregimiento
Inspección de Policía ☐ Código A 3 F				
País: Departamento Municipio Corregimiento e/o Inspección de Policía				
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.				
Datos del inscrito				
Primer Apellido		Segundo Apellido		
OCHOA		PEREZ		
Nombre(s) ANTONELLA				
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo Factor RH
Año 2019	Mes JUN	Día 25	FEMENINO	A POSITIVO
Lugar de nacimiento (País Departamento Municipio Corregimiento e/o Inspección)				
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ D.C.				
Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos				
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO			Número certificado de nacido vivo 15427382-2	
Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el primer apellido del inscrito)				
Apellidos y nombres completos PEREZ RAMIREZ MARIA JOSE				
Documento de identificación (Clase y número)			Nacionalidad	
PASAPORTE No. 139994876 DE VENEZUELA.			VENEZOLANA	
Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen las declarantes para el segundo apellido del inscrito)				
Apellidos y nombres completos OCHOA MANRIQUE ALEXANDER				
Documento de identificación (Clase y número)			Nacionalidad	
CEDULA DE CIUDADANIA No. 80.084.436 DE BOGOTÁ D.C.			COLOMBIANA	
Datos del declarante				
Apellidos y nombres completos PEREZ RAMIREZ MARIA JOSE				
Documento de identificación (Clase y número)			Firma	
PASAPORTE No. 139994876 DE VENEZUELA.			x Maria Jose Perez Ramirez	
Datos primer testigo				
Apellidos y nombres completos				

Documento de identificación (Clase y número)			Firma	
*****			*****	
Datos segundo testigo				
Apellidos y nombres completos				

Documento de identificación (Clase y número)			Firma	
*****			*****	
Fecha de inscripción				
Año 2019	Mes JUL	Día 06	Nombre y firma del funcionario que inscribe	
Reconstrucción de cetero			Nombre y firma del funcionario ante quien se hace la reconstrucción	
*****			NELCY E. LOPEZ PAEZ	
ESPACIO PARA NOTAS				
INSCRITO AL LIBRO DE VARIOS TOMO 141 FOLIO 184 DE FECHA 06/JUL/2019				

COMO NOTARIA CUARENTA (40)
DE ESTE CIRCULO HAGO COSTAR
QUE ESTA FOTOCOPIA COINCIDE
CON SU ORIGINAL QUE REPOSA
EL LOS ARCHIVOS DE ESTA
NOTARIA.
BOGOTÁ D.C. 11 JUL 2019



COPIA GRATUITA

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESPACIO
EN BLANCO

ESPACIO
EN BLANCO