

CIUDAD: Bogotá
FECHA: 03/08/2026

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: JOYCE JAZMIN JARAMILLO MENA

IDENTIFICACIÓN: CC X NIT No. 1.077.445.981 de QUIBDÓ

CONTRATO No.: 112 DE 2026

OBJETO: Prestar servicios profesionales para adelantar acciones de notificación de los actos administrativos expedidos por la Entidad. ID-066-OAJ

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 01/07/2026 **HASTA:** 31/07/2026

LA SUMA DE: SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE
(\$6.345.000,00)
POR CONCEPTO DE Honorarios

DIRECCIÓN: KR 18 21 11 BR EL JARDIN
TELÉFONO: 3218548810

JOYCE S. JARAMILLO

FIRMA JOYCE JAZMIN JARAMILLO MENA
CC: 1.077.445.981



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

Bogotá D.C., 3 de Agosto de 2026

Nombres y Apellidos	No. Identificación
JOYCE JAZMIN JARAMILLO MENA	1077445981

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 6910 Tarifa ICA 8.66

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-112-2026

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 (*)
N/A	N/A	N/A	N/A

(*) 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 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 _____ N/A _____ de _____ N/A _____, 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. (Compartir certificado del año gravable 2024)
4. Declaro que soy titular de la cuenta AFC No. _____ N/A _____ del Banco _____ N/A _____, 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)



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

5. Declaro que mensualmente consigno a pensiones voluntarias _____ N/A
_____ 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)

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,

JOYCE S. JARAMILLO

Firma:

JOYCE JAZMIN JARAMILLO MENA

Cédula de ciudadanía No. **1077445981** de Quibdó

Bogotá D.C., 3 de agosto de 2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 1077445981		JARAMILLO MENA JOYCE JAZMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 18 21 11	QUIBDO-CHOCO	3218548810	No	

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-06	2026-06	414035699		9505652587	I	2026/07/17	2026/06/23	BANCOLOMBIA	\$736,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																						
EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,538,000	\$406,100			\$2,538,000	\$317,300			\$0	\$0			\$2,538,000	\$13,300		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,538,000	\$406,100			\$2,538,000	\$317,300			\$0	\$0			\$2,538,000	\$13,300		\$0	\$0	
Ciudad: QUIBDO Depto: CHOCO (1 Afiliados)					\$2,538,000	\$406,100			\$2,538,000	\$317,300			\$0	\$0			\$2,538,000	\$13,300		\$0	\$0	
1	CC	1077445981	JARAMILLO JOYCE	25-14	30	\$2,538,000	\$406,100	EPS005	30	\$2,538,000	\$317,300		0	\$0	\$0	14-23	30	\$2,538,000	\$13,300	0	\$0	\$0
Total Afiliados(1)					\$2,538,000	\$406,100			\$2,538,000	\$317,300			\$0	\$0			\$2,538,000	\$13,300		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1077445981		JARAMILLO MENA JOYCE JAZMIN	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 18 21 11	QUIBDO-CHOCO	3218548810	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-06	2026-06	414035699	9505652587	I	2026/07/17	2026/06/23	BANCOLOMBIA	0	\$736,700

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$406,100	\$0	\$0	\$406,100	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$406,100	\$0	\$0	\$406,100	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$13,300	\$0	\$0	\$13,300	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$13,300	\$0	\$0	\$13,300	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$317,300	\$0	\$0	\$317,300	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$317,300	\$0	\$0	\$317,300	
TOTAL				1	\$736,700	\$0	\$0	\$736,700	