

CIUDAD: Bogota D.C.

FECHA: 3/08/2026

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: EDWIN ALEJANDRO ACEVEDO GARCIA

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☒ **NIT** ☐ **No.** 8.102.476

CONTRATO No.: ADRES-CPS-153-2026

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Oficina Asesora Jurídica para la revisión y tramite de consultas y peticiones, así como el contenido de los proyectos de actos administrativos, acorde con las normas constitucionales y legales vigentes. ID-051-OAJ

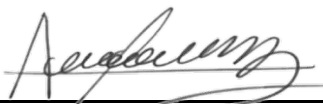
PERIODO COMPRENDIDO **DESDE:** 01/07/2026 **HASTA:** 31/07/2026

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

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: CL 62 # 3-18 Apto 408

TELÉFONO: 3134933215



FIRMA: EDWIN ALEJANDRO ACEVEDO GARCÍA
C.C. 8.102.476



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

Bogotá D.C., 03 de agosto de 2026

Nombres y Apellidos	No. Identificación
Edwin Alejandro Acevedo García	8102476

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 ver actividades_codigo_ciiu_2022_revision_4_dane.xlsx
(tomar tarifas año 2024 del archivo, debe ser consistente con la actividad económica del RUT)

Contrato de Prestación de Servicios Número: No. ADRES-CPS-153-2026

Durante el año gravable 2024 fue declarante de renta SI ☒ NO ☐ Diligenciar opción correspondiente obligatoriamente. (posterior a la presentación de la declaración de renta se debe actualizar el año gravable y actualizar la opción)

1. Declaro bajo gravedad de juramento que al terminar el año 2026 SI ☐ NO ☒ tomaré costos o deducciones asociadas a rentas de trabajo. Diligenciar opción correspondiente obligatoriamente.

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.



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

- 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.
- 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 90000349375 de 16/05/2025, 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 2025)
- 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



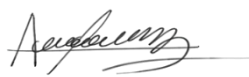
**CERTIFICACIÓN RETENCIÓN DE LA FUENTE Y DEPENDENCIA ECONÓMICA
PERSONAS NATURALES
AÑO 2026**

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,

Firma: 
EDWIN ALEJANDRO ACEVEDO GARCIA
Cédula de ciudadanía No. 8.102.476 de Medellín
Bogotá D.C., 3 de agosto de 2026



NIT 890.903.938-8 D.V 8

CERTIFICADO TRIBUTARIO CRÉDITO HIPOTECARIO

Fecha de Expedición Año Gravable

Día	Mes	Año	2025
17	02	2026	

Agente Retenedor	NIT	DIV
Bancolombia S.A	890.903.938	8
Dirección	Municipio	Departamento
Carrera 48# 26-85 Torre Norte Piso 1	Medellín	Antioquia

DEUDORES	
Nombre	Cédula o Nit
EDWIN ALEJANDRO ACEVEDO GARCIA	8102476

Información del Crédito	Número de Obligación	Fecha de Entrega			Fecha Vto. Definitvo			Línea de Crédito	Destinación del Préstamo
		Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		
	90000349375	16	05	2025	16	05	2040	PESOS	VIVIENDA

Información sobre saldos del crédito									
Monto Original del Préstamo			Saldo a:				Saldo a:		
\$ 130,000,000.00			Día	Mes	Año	Valor	Día	Mes	Valor
			31	12	2024	\$ 0.00	31	12	\$ 128,416,911.00

Información sobre Pagos	
Conceptos	Valores pagados en pesos
Capital	\$ 2,159,416.00
Intereses Corrientes	\$ 7,889,286.00
Interés de Mora	\$ 125.00
Corrección U.V.R.	\$ 0.00
Otros Conceptos	\$ 0.00
VALOR TOTAL DEDUCIBLE	\$ 7,889,411.00

Gravamen a los Movimientos Financieros "GMF" (4X1000)	Base Gravable	Valor Gravamen
	\$ 0.00	\$ 0.00

Ciudad dónde se consignó el Gravamen a los Movimientos Financieros **BOGOTA**

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA									
TIPO IDENTIFICACIÓN:					CÉDULA DE CIUDADANÍA					NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:					8102476				
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:					MEDELLIN					DEPARTAMENTO:					EDWIN ALEJANDRO ACEVEDO GARCIA				
CIUDAD/MUNICIPIO:					CRA 63 B 40 22					TELÉFONO:					ANTIOQUIA				
DIRECCIÓN:					02-INDEPENDIENTE					CLASE APORTANTE:					2350315				
TIPO APORTANTE:					PRIVADA					I-INDEPENDIENTE					2026/07/27				
TIPO EMPRESA:					ÚNICO					ACTIVIDAD ECONOMICA:					Actividades reguladoras y facilitadoras de la act				
FORMA DE PRESENTACIÓN:					APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):					NO					NÚMERO PLANILLA:				
															6024972021				
															TIPO DE PLANILLA:				
															PERIODO COTIZACIÓN OTROS				
															MES				
															julio AÑO				
															2026				
															0				
															PERIODO COTIZACIÓN SALUD:				
															MES				
															julio AÑO				
															2026				
															NÚMERO AUTORIZACIÓN:				
															510227066				

TOTAL APORTES A PENSIÓN																	
ADMINISTRADORA				No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE					EMPLEADOR	COTIZANTE		SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO		
25-14	25-14 COLPENSIONES			1	\$ 1.216.400	\$ 0	\$ 0		\$ 38.100	\$ 38.100	\$ 0	\$ 0	\$ 1.292.600	\$ 0	\$ 1.292.600		
SUBTOTALES:												\$ 1.292.600	\$ 0	\$ 1.292.600			

TOTAL APORTES A SALUD																		
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES					
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO		
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 950.300	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 950.300	\$ 0	\$ 0		\$ 950.300		
SUBTOTALES:								\$ 950.300				\$ 950.300	\$ 0	\$ 0		\$ 950.300		

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES												
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 39.700	\$ 39.700	\$ 0	\$ 0	\$ 39.700
SUBTOTALES:									\$ 39.700	\$ 0	\$ 0	\$ 39.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																					
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL																	PARAFISCALES																
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN								SEGURIDAD SOCIAL								CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU				
																											ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 8102476	ACEVEDO GARCIA EDWIN ALEJANDRO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 7.602.000				NO																		25-14 COLPENSIONES	30	7.602.000	\$ 1.216.400	\$ 38.100	\$ 38.100	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 1.292.600	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	7.602.000	\$ 950.300	\$ 0	\$ 950.300	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	7.602.000	\$ 8102476	\$ 39.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL PAGADO: \$ 2.282.600