CIUDAD: BOGOTA D.C

FECHA: 1/09/2026

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: WILLIAM ALBERTO MENDOZA SANDOVAL

IDENTIFICACIÓN: **CC** ☑ **NIT** ☑ **No.** 1.030.600.227

CONTRATO No.: ADRES-CPS-563 de 2026

OBJETO: Prestar servicios profesionales a la Dirección de Otras Prestaciones de la ADRES en la revisión, control y verificación de las cuentas que presenten ante la Entidad las entidades recobrantes, los prestadores de servicios de salud y las personas naturales por concepto de servicios y tecnologías en salud no financiadas con la UPC o con presupuestos máximos, reclamaciones de servicios médicos, indemnizaciones y gastos derivados de accidentes de tránsito ocasionados por vehículos sin identificar o sin SOAT, eventos catastróficos de origen natural, eventos terroristas y demás eventos aprobados por el Ministerio de Salud y Protección Social, así como la elaboración de las respuestas de petición, comunicaciones de resultados de auditoría, actos administrativos y solicitud de veracidades- ID 019-DOP

PERIODO COMPRENDIDO DESDE: 1/08/2026 **HASTA:** 31/08/2026

LA SUMA DE: SEIS MILLONES TRESCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL DOSCIENTOS OCHENTA Y SIETE PESOS M/CTE ($ 6.345.287)

POR CONCEPTO DE HONORARIOS

DIRECCIÓN: Transveral 73 Nro 11b-33 Parques de Castilla1

TELÉFONO: 3202064873



FIRMA
C.C .1030600227

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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	566220617	9508187555	I	2026/08/10	2026/08/14	BANCO CAJA SOCIAL	4	$739,100

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)					$2,538,115	$406,100			$2,538,115	$317,300			$0	$0			$2,538,115	$13,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,538,115	$406,100			$2,538,115	$317,300			$0	$0			$2,538,115	$13,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,538,115	$406,100			$2,538,115	$317,300			$0	$0			$2,538,115	$13,300		$0	$0
1	CC	1030600227 MENDOZA WILLIAM	230301	30	$2,538,115	$406,100	EPS005	30	$2,538,115	$317,300		0	$0	$0	14-23	30	$2,538,115	$13,300	0	$0	$0
Total Afiliados(1)					$2,538,115	$406,100			$2,538,115	$317,300			$0	$0			$2,538,115	$13,300		$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 1030600227		MENDOZA SANDOVAL WILLIAM ALBERTO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANV 73 # 11 B - 33 CASA 96	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4242732	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-07	2026-07	566220617	9508187555	I	2026/08/10	2026/08/14	BANCO CAJA SOCIAL	4	$739,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VAL
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$406,100	$1,300					$0	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$406,100	$1,300	$0	$0	$0	$0	$0	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$13,300	$100					$0	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$13,300	$100	$0	$0	$0	$0	$0	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$317,300	$1,000					$0	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$317,300	$1,000	$0	$0	$0	$0	$0	
TOTAL				1	$736,700	$2,400	$0	$0	$0	$0	$0	

Resumen General de Pago

LOR A PAGAR
$407,400
$407,400
$13,400
$13,400
$318,300
$318,300
$739,100

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

Bogotá D.C., 01 de septiembre de 2026

Nombres y Apellidos	No. Identificación
William Alberto Mendoza Sandoval	1.030.600.227

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-563-2026
Durante el año gravable 2025 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 N/A identificado (a) con la C.C. No. N/A 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 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. N/A del Banco N/A a la cual consigno mensualmente la suma de ($ N/A), 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 N/A la suma de ($ N/A), 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.

ADRES

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 ($583.912), 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,



William Alberto Mendoza Sandoval
Cédula de ciudadanía No. 1.030.600.227 de Bogotá
Bogotá D.C., 01/09/2026