Bogotá D.C, 19 de enero de 2023

CUENTA DE COBRO No 1

LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

NIT 899.999.067

Debe a:

JESÚS DAVID RIVERO NOCHES

C.C 1.065.648.747

LA SUMA DE: CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE ($5.500.000)

Por concepto de honorarios mensuales pactados, en el desarrollo del objeto contractual del contrato 1003 de 2022, comprendido al periodo del 16 de Noviembre 2022 al 15 de Diciembre del 2022.

Favor consignar en la cuenta de Ahorros del Banco **BBVA No. 486178346** a nombre de **JESÚS DAVID RIVERO NOCHES.**

Cordialmente,

Jesús David Rivero Noches

JESÚS DAVID RIVERO NOCHES
C.C 1.065.648.747
Celular: 3232289357

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DECLARACION JURAMENTADA 2022

Yo, JESÚS DAVID RIVERO NOCHES **Contrato N°** 1003-2022

Identificado (a):	NIT:		C.C:	☑	C.E:		Número:	1.065.648.747	D.V.	

Celular: 3232289357
Dirección: CALLE 127 B # 14-21 APTO 401
Correo Electrónico JESUSDAVIDRIVERO12@HOTMAIL.COM

En mi calidad de: Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑

Percibí en el año **2021** ingresos superiores a **1.400 UVT´s** ó **$50´831.200** de pesos, *SI* ☑ *NO* ☐ soy **DECLARANTE DE RENTA**

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

De acuerdo a los establecido en el Artículo 15 de la Ley 100 de 1993, Artículo 3º. de la Ley 797 de 2003 y para dar cumplimiento a lo dispuesto en el Parágrafo 1 del Art. 4º. Del Decreto 2271 de 2009 declaro que los documentos que adjunto como soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes del contrato suscrito con la Contraloría General de la Republica.	*SI* ☑	*NO* ☐
Declaro que la totalidad de mis ingresos por el respectivo periodo para cotización alcanza el tope legal de veinticinco (25) salarios mínimos legales mensuales vigentes.	*SI* ☐	*NO* ☑
Declaro que estoy inscrito en el Régimen Simple de Tributación	*SI* ☐	*NO* ☑

Para tal efecto adjunto:

PLANILLA N° 9445600192 **MES COTIZACION** Diciembre **FECHA DE PAGO** 19/01/2023

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	SALUD	PENSION	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	SANITAS	PORVENIR	COLMENA
VALOR SIN INTERESES*	$ 150.000	$ 192.000	$ 6.300

a) Declaro para efectos de lo dispuesto en el Parágrafo 2 del Art.383 del E.T. que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores por lo menos durante 90 días, para el desarrollo del objeto del contrato.	*SI* ☐	*NO* ☑

2. Solicitud Deducciones del Articulo 387 del E.T.

b) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción por Dependientes*** a mi cargo de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	*SI* ☐	*NO* ☑
c) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T., solicito ***deducción por intereses de vivienda*** **(pagados en el año inmediatamente anterior)** de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito.	*SI* ☐	*NO* ☑
d) Que de acuerdo a lo establecido en articulo 387 del E.T. solicito ***deducción pagos por salud (medicina prepagada, plan complementario, poliza de salud*** **(pagados vigencia inmediatamente anterior)** de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	*SI* ☐	*NO* ☑

3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Articulo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en tramite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	NIT	Entidad Bancaria	No. De Cuenta	Valor
Pension voluntaria				
AFC				

SI USTED TIENE DEDUCCIONES EL ANEXO, CERTIFICACIONES Y/O DOCUMENTOS SOPORTES DEBEN SER RADICADOS UNICAMENTE EN LA PRIMERA CUENTA O CUANDO SE PRESENTE ALGUNA NOVEDAD

Se firma a los **31** días del mes de **Diciembre** del año **2022**

Jesús David Rivero Noches

Firma

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2022

Nombres y Apellidos: **JESUS DAVID RIVERO NOCHES** Contrato No. : **1003-2022**

Identificado (a):	NIT:		CC:	✓	CE:		Número:	1065648747	D.V.	

1. Certificación por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Créditos de Vivienda

1.1 Adjunta Certificación	Si :		No :	✓
1.2 Crédito Compartido	Si :		No :	✓

1.3 Porcentaje que le corresponde _____ y valor que le corresponde _____

2. Información por pagos de salud

2.1 Certificación Adjunta	Si :		No :	

3. Información de Dependientes

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

3.1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. ☐

3.2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ' o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ☐

3.3. Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. ☐

3.4. El cónyuge o compañero, padres y/o hermanos permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, ☐

Relación de Dependientes de acuerdo con el parágrafo 4° del Articulo 2° Decreto 0099 del 2013

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el 31 del mes de Diciembre del año 2022

Jesus David Rivero Noches

Firma

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 1065648747		RIVERO NOCHES JESUS DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 127B #14-21 APTO401ESTEFANY	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	1872343429	9445600192	I	2023/01/12	2023/01/19	LULO BANK	7	$351,200

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)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$6,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$6,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$6,300		$0	$0
1	CC	1065648747 RIVERO JESUS	230301	30	$1,200,000	$192,000	EPS005	30	$1,200,000	$150,000		0	$0	$0	14-25	30	$1,200,000	$6,300	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,200,000	$192,000			$1,200,000	$150,000			$0	$0			$1,200,000	$6,300		$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 1065648747		RIVERO NOCHES JESUS DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 127B #14-21 APTO401ESTEFANY	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	1872343429	9445600192	I	2023/01/12	2023/01/19	LULO BANK	7	$351,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$192,000	$1,600	$0	$193,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$192,000	$1,600	$0	$193,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,300	$100	$0	$6,400
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$6,300	$100	$0	$6,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$150,000	$1,200	$0	$151,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$150,000	$1,200	$0	$151,200
TOTAL				1	$348,300	$2,900	$0	$351,200