# FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA

## Representación Gráfica

### Datos del Documento

**Código Único de Factura - CUFE :** 8bc1cf6455985c839f6ec4564fa6aff70b4b379cb71d0379220767560a414b566412a89d17b9b5dd2777b25a3de3ffc5

**Número de Factura:** FEE-7
**Fecha de Emisión:** 14/10/2023
**Fecha de Vencimiento:** 14/10/2023
**Tipo de Operación:** 10 - Estándar

**Forma de pago:** Contado
**Medio de Pago:** Débito Ahorro
**Orden de pedido:**
**Fecha de orden de pedido:**

### Datos del Emisor / Vendedor

**Razón Social:** MELO VALERO EPIFANIO
**Nombre Comercial:** MELO VALERO EPIFANIO
**Nit del Emisor:** 74323203
**Tipo de Contribuyente:** Persona Natural
**Régimen Fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica
**Actividad Económica:** 4112

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CR 109 C 143 21 AP 401 BRR LOMBARDIA
**Teléfono / Móvil:** 3124793151
**Correo:** epifaniomelo3@gmail.com

### Datos del Adquiriente / Comprador

**Nombre o Razón Social:** CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA
**Tipo de Documento:** NIT
**Número Documento:** 899999067
**Tipo de Contribuyente:** Persona Jurídica
**Régimen fiscal:** R-99-PN
**Responsabilidad tributaria:** ZZ - No aplica

**País:** Colombia
**Departamento:** Bogotá
**Municipio / Ciudad:** Bogotá, D.c.
**Dirección:** CRA 69 44-35
**Teléfono / Móvil:** 6477000
**Correo:** siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

### Detalles de Productos

| | | | | | | | | IMPUESTOS | | | | Precio unitario de venta |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nro. | Código | Descripción | U/M | Cantidad | Precio unitario | Descuento detalle | Recargo detalle | IVA | % | INC | % | |
| 1 | 0001 | PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE APOYO COM INGENIERO CIVIL | NIU | 1,00 | $ 5.042.000,00 | $ 0,00 | $ 0,00 | | | | | $ 5.042.000,00 |

### Descuentos y Recargos Globales

| Nro. | Tipo | Código | Descripción | % | Valor |
|---|---|---|---|---|---|

### Información Complementaria

| Nro | Nombre Campo | Valor Campo |
|---|---|---|

### Anticipos

| Nro | Valor | Fecha recibido |
|---|---|---|

## Referencias

| Tipo de Documento Referencia | Número Referencia | Fecha Referencia |
|---|---|---|

## Notas Finales

#$26-01-01; contrato 151-2023;hernan.palacios@contraloria.gov.co#$
cuenta de cobro desde 9 septiembre a 8 octubre 2023
Linea de negocio:

## Datos Totales



**Documento validado por la DIAN 2023-10-14 19:13:49**
**Documento generado el: 2023-10-14 19:13:48**
**Generado por:Solución Gratuita DIAN**
**Nit:800.197.268**

| | |
|---|---|
| MONEDA | COP |
| TASA DE CAMBIO | |

| | | |
|---|---|---|
| **Subtotal** | | 5.042.000,00 |
| Descuento detalle | | 0,00 |
| Recargo detalle | | 0,00 |
| **Total Bruto Factura** | | 5.042.000,00 |
| IVA | | 0,00 |
| INC | | 0,00 |
| Bolsas | | 0,00 |
| Otros impuestos | | 0,00 |
| **Total impuesto (=)** | | 0,00 |
| **Total neto factura (=)** | | 5.042.000,00 |
| Descuento Global (-) | | 0,00 |
| Recargo Global (+) | | 0,00 |
| **Total factura (=)** | **COP $** | $ 5.042.000,00 |

**Valores informativos**

| **ANTICIPOS** | |
|---|---|
| Anticipos | 0,00 |

| **RETENCIONES** | |
|---|---|
| Rete fuente | 0,00 |
| Rete IVA | 0,00 |
| Rete ICA | 0,00 |

Numero de Autorización: 18764054066783 Rango desde: 1 Rango hasta: 100 Vigencia: 2024-02-18

**PRESENTACIÓN INFORME No.7**
**CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. 151 DE 2023**

**OBJETO:** Prestar servicios profesionales de apoyo como ingeniero civil en el trámite y respuesta de los derechos de petición y denuncias que adelante la contraloría delegada para el sector de vivienda y saneamiento básico.

**EPIFANIO MELO VALERO,** en mi condición de contratista, vinculado a la Contraloría General de la República mediante Contrato de Prestación de Servicios No. 151 de 2023, atentamente presento el informe de las actividades desarrolladas durante el periodo comprendido entre el 9 de septiembre y el 8 de octubre del 2023, de acuerdo con las obligaciones señaladas en el contrato, de la siguiente manera:

| | OBLIGACIÓN | ACTIVIDAD |
|---|---|---|
| 1 | . Prestar apoyo técnico como ingeniero civil en el trámite y respuestas de las denuncias que adelanta la contraloría delegada para el sector vivienda y saneamiento básico, que le sean asignadas por el supervisor del contrato | Durante el presente periodo se prestó apoyo técnico a la denuncia 2023-276152-82111-D |
| 2 | . prestar apoyo técnico como ingeniero civil en el trámite y respuestas de los derechos de petición que adelanta la contraloría delegada para el sector vivienda y saneamiento básico que sean asignados por el supervisor del contrato | Durante el presente periodo no se presentó<br>Se atendieron los siguientes derechos de petición<br>• Se dio respuesta de fondo al DP 2023-282027-82111- SE<br>• Se dio respuesta de solicitud IUSE – 2023-497722/D-2023-3136518 a la Procuraduría Provincial de Instrucción de Montería.<br>• Se esta atendiendo el derecho de petición 2023-282261-82111-SE |
| 3 | . asistir en las reuniones, mesas de trabajo y comités que se lleven a cabo con ocasión de las denuncias y derechos de petición asignados por el supervisor del contrato y en los que se requiera su presencia | • Como auditor de la denuncia 2023-264509-80764-D de EMCALI Se realizaron mesa de trabajo para terminar el proceso |
| 4 | Presentar los informes y resultados de las denuncias y derechos de petición asignados por el supervisor en los términos y plazos establecidos por los coordinadores y el director de vigilancia fiscal de la contraloría delegada del sector vivienda y saneamiento básico | • Como auditor de la denuncia 2023-24509-80764-D de EMCALI Se realizaron todos los tramites para cerrar el APA.<br>• Se envío resultado final a la procuraduría general de la nación y al contralor delegado del sector vivienda y saneamiento básico. |

| | | |
|---|---|---|
| 5 | Mantener actualizados los aplicativos que se requieran con ocasión del desarrollo de los procesos auditores asignados. | Durante el periodo se mantuvieron actualizados los aplicativos: |
| 6 | . Mantener informado al supervisor del contrato sobre novedades en asuntos que le hayan sido encomendados. | Se puso en conocimiento de la directora de Vigilancia Fiscal vía correo electrónico de todos los documentos elaborados durante el periodo en cumplimiento de las asignaciones de trabajo realizadas. |
| 7 | Las demás que se desprendan del objeto contractual y aquellas que le asigne el Despacho de la Contraloría delegada para el Sector Vivienda y Saneamiento Básico de la Contraloría General de la Republica o el Supervisor del contrato y que estén relacionadas con la naturaleza del contrato. | • Se realizo capacitaciones durante el presente periodo |

Bogotá D.C., 13 de octubre de 2023

Cordialmente



**EPIFANIO MELO VALERO**
CONTRATISTA
C.C. 74.323.203 de Paipa



**HERNAN PALACIOS CASALLAS**
SUPERVISOR
COORDINADOR DE GESTION GRADO 02

compensar | miplanilla.com

# CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **EPIFANIO MELO VALERO**, identificada con **CC** número **74323203**, aportó por el empleado **EPIFANIO MELO VALERO** identificado(a) con **CC** número **74323203** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 09 - 2023 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA | COTIZANTE | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | CORRECIÓN | DÍAS | IBC | TARIFA APORTE | COTIZACIÓN Y/O APORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $2,564,000 | 0.16000 | $410,300 | $0 | $0 | Septiembre - 2023 | 70902133 | 18/09/2023 | NO |
| EPS005 | Sanitas EPS | 3 | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | 30 | $2,564,000 | 0.12500 | $320,500 | $0 | $0 | Septiembre - 2023 | 70902133 | 18/09/2023 | NO |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **18** días del mes **Septiembre**de **2023**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 74323203 | EPIFANIO MELO VALERO | KR 109C 143 21 APT 401 | 3124793151 | epifaniomelo3@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-10 | 2023-10 | I | 13/10/2023 | 71683454 | $585.200 | |

## 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 | | | | | |
| EPS005 | Sanitas EPS | 800251440-6 | 252.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 252.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | Colpensiones | 900336004-7 | 322.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 322.600 | 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 | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 10.600 | | | | 10.600 | 0 | 0 | 10.600 | | | 106 | 10.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 252.000 | 252.000 |
| Pensión | 1 | 322.600 | 322.600 |
| Riesgos Laborales | 1 | 10.600 | 10.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 585.200 | 585.200 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 74323203 | EPIFANIO MELO VALERO | | KR 109C 143 21 APT 401 | 3124793151 | epifaniomelo3@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-10 | 2023-10 | I | 13/10/2023 | 71683454 | $585.200 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Economiado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 74323203 | MELO VALERO EPIFANIO | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.016.000 | 322.600 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.016.000 | 252.000 | 14-25 | 2.016.000 | 1 | 10.600 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 74323203 | EPIFANIO MELO VALERO | KR 109C 143 21 APT 401 | 3124793151 | epifaniomelo3@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| 70902133 | 18/09/2023 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-09 | 2023-09 | N | 13/10/2023 | 71683417 | $13.600 | |

## 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 | | | | | |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | | | | | | | | | | |
| 14-25 | Riesgos prof Colmena | 800226175-3 | 13.400 | | | | 13.400 | 10 | 200 | 13.600 | | | 134 | 13.600 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 0 | 0 | 0 |
| Pensión | 0 | 0 | 0 |
| Riesgos Laborales | 1 | 13.400 | 13.600 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 1 | 13.400 | 13.600 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 74323203 | EPIFANIO MELO VALERO | | KR 109C 143 21 APT 401 | 3124793151 | epifaniomelo3@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | | BOGOTÁ D. C. | BOGOTÁ, D.C. | | SI |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| 70902133 | 18/09/2023 | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-09 | 2023-09 | N | 13/10/2023 | 71683417 | $13.600 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 74323203 | MELO VALERO EPIFANIO | 59 | 0 | | | N | R | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 2.564.000 | 410.300 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS005 | 2.564.000 | 320.500 | 14-25 | 2.564.000 | 1 | 13.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

# CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
# DECLARACION JURAMENTADA 2021

**Yo,** EPIFANIO MELO VALERO **Contrato N°** 151 DE 2023

| Identificado (a): | NIT: | | C.C: | ☑ | C.E: | | Número: | 74.323.203 D.V. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Celular: 3124793151
Dirección: CARRERA 109C 143 - 21 AP 401
Correo Electrónico EPIFANIOMELO3@GMAIL.COM

**En mi calidad de:** Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑

Percibí en el año **2022** ingresos superiores a **1.400 UVT´s** ó **$49´849.800** 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°** 70902133 **MES COTIZACION** Septiembre **FECHA DE PAGO** 18/09/2023

**ANEXAR SOPORTE DE PAGO**

## RESUMEN DE LA PLANILLA

| CONCEPTO | E.P.S: | A.F.P | A.R.L |
|---|---|---|---|
| NOMBRE ENTIDAD | SANITAS | COLPENSIONES | colmena seguros |
| VALOR SIN INTERESES* | $ 320.000 | $ 410.300 | $ 13.400 |

| | | |
|---|---|---|
| **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 **19** días del mes de **Septiembre** del año 2023

Firma

# CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
# DECLARACION JURAMENTADA 2021

**Yo,** EPIFANIO MELO VALERO **Contrato N°** 151 DE 2023

| Identificado (a): | NIT: | ☐ | C.C: | ☑ | C.E: | ☐ | Número: | 74.323.203 | D.V. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

Celular: 3124793151
Dirección: CARRERA 109C 143 - 21 AP 401
Correo Electrónico EPIFANIOMELO3@GMAIL.COM

**En mi calidad de:** **Persona Jurídica** ☐ **Persona Natural** ☑

Percibí en el año **2022** ingresos superiores a **1.400 UVT´s** ó **$49´849.800** 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°** 71683454 **MES COTIZACION** OCTUBRE **FECHA DE PAGO** 13/10/2023

**ANEXAR SOPORTE DE PAGO**

## RESUMEN DE LA PLANILLA

| CONCEPTO | E.P.S: | A.F.P | A.R.L |
|---|---|---|---|
| NOMBRE ENTIDAD | SANITAS | COLPENSIONES | colmena seguros |
| VALOR SIN INTERESES* | $ 252.000 | $ 322.600 | $ 10.600 |

| | | |
|---|---|---|
| **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 **13** días del mes de **OCTUBRE** del año 2023

Firma

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

**LA SUSCRITA DIRECTORA DE VIGILANCIA FISCAL DE LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA EL SECTOR VIVIENDA Y SANEAMIENTO BÁSICO DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA**

CERTIFICA QUE:

**EPIFANIO MELO VALERO** identificado con Cédula de Ciudadanía No. 74.323.203, en desarrollo del Contrato de Prestación de Servicios No. CGR-151 - 2023, cumplió a cabalidad con las obligaciones estipuladas para el período comprendido entre el 9 de septiembre de 2023 y el 8 de octubre de 2023, presentando el informe No. 7, al cual se le impartió la correspondiente aprobación.

Se relaciona el número de la planilla de aportes a salud, pensión y ARL del contratista correspondiente al mes de septiembre y octubre de 2023 (Planilla 70902133, 71683417 y 71683454)

La presente calificación se expide, en mi calidad de supervisor de dicho contrato, para efectos de cobro por el período indicado anteriormente, a los 13 días del mes de octubre de 2023

**V°B° Hernán Palacios Casallas**
Coordinador de gestión grado 2 (E)
Dirección de vigilancia fiscal - DVF
Contraloría Delegada para el Sector Vivienda y Saneamiento Básico
Supervisor