Bogotá D.C, 17 DE NOVIEMBRE 2023

CUENTA DE COBRO 004

LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

NIT 899.999.067

Debe a:

LUIS DAVID RIVERO KAMEL

C.C 1.050.039.338

LA SUMA DE: SEIS MILLONES DE PESOS MCTE. ($6.000.000)

Por concepto de honorarios mensuales pactados, en el desarrollo del objeto contractual del contrato 396 DE 2023, comprendido al periodo del 17 DE OCTUBRE al 16 DE NOVIEMBRE DEL 2023.

Favor consignar en la cuenta de Ahorros del Banco SCOTIBANK COLPATRIA No. 4212093461 a nombre de LUIS DAVID RIVERO KAMEL

Cordialmente,



LUIS DAVID RIVERO KAMEL
C.C 1050039338
Celular: 3005035234

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-11-30, 08:31:38 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	octubre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	octubre de 2023
Empresa	LUIS DAVID RIVERO KAMEL
CEDULA CIUDADANIA	CC 1050039338
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	67264686
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	306337257
Banco	(1019) - SCOTIABANK COLPATRIA
Valor	$ 710.600
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	$ 384.000	$ 7.700
N800088702	EPS010	EPS SURA	1	$ 300.000	$ 6.000
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	$ 12.600	$ 300
		SubTotales:		$ 696.600	$ 14.000
		Total a Pagar:			$ 710.600

Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77. Línea Ética: 018000 517806.

Enlace Operativo no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

REGALÍAS	INFORME PERIÓDICO DE SUPERVISIÓN E INFORME DE ACTIVIDADES DEL CONTRATISTA Y/O ENTIDAD EJECUTORA	CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Dependencia:	UNIDAD DE SEGUIMIENTO Y AUDITORÍA	Pago No:	4	Total de pagos:	5	Fecha:	17/11/2023

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR					
Nombre / Razón Social	LUIS DAVID RIVERO KAMEL				
Identificación	1.050.039.338				
Contrato No.	396 DE 2023	Celular	3005035234	Extensión	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO				
Contrato No.	396 DE 2023	CDP No.: 82023 del 20 de abril 2023	Período a pagar:	DEL 17 DE OCTUBRE AL 16 DE NOVIEMBRE DE 2023
Fecha de suscripción:	17/07/2023		Fecha de iniciación:	17/07/2023
Fecha de terminación:	15/12/2023		Plazo de Ejecución:	15/12/2023

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Honorarios

Valor Inicial:	$	30.400.000
Adición No.	$	-
Valor Total:	$	30.400.000

Gastos de Desplazamiento*

Valor Inicial:		
Adición No.		
Valor Total:	$	-

Control de pagos realizados por Honorarios:

Saldo Gastos de Desplazamiento*:

Pago y/o desembolso No. 1	Pago y/o desembolso No. 2	Pago y/o desembolso No. 3	Pago y/o desembolso No. 4	Pago y/o desembolso No. 5	Pago y/o desembolso No. 6
$ 6.000.000	$ 6.000.000	$ 6.000.000			

Pago y/o desembolso No. 7	Pago y/o desembolso No. 8

Total pagado honorarios	$	18.000.000,00
Total Pagado Despla.*	$	-
Saldo pendiente a pagar:	$	12.400.000,00

Porcentaje de Ejecución: 60%

VALOR AUTORIZADO A PAGAR: **$ 6.000.000,00**

En letras: **SEIS MILLONES DE PESOS MCTE**

ACTIVIDADES DE EJECUCIÓN

OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA FUNCIÓN DE VIGILANCIA DE LA GESTIÓN FISCAL A CARGO DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, PARA EL SEGUIMIENTO DE RECURSOS PÚBLICOS DE REACTIVACIÓN ECONÓMICA.

INFORME DEL CONTRATISTA y/o ENTIDAD EJECUTORA

OBLIGACIONES Y/O COMPROMISOS	ACCIONES
Acompañar a la CGR en las actividades requeridas para el desarrollo de las distintas modalidades de fiscalización y que se relacionen con el seguimiento a recursos destinados a la reactivación económica del país, en el proceso de vigilancia y control fiscal en cada una de sus fases, de acuerdo con los procedimientos establecidos en las guías de auditoría y manuales vigentes de la Entidad	Emitir concepto financiero sobre el manejo de los recursos de Regalías por parte de la Gobernación del ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA, en la ejecución del proyecto identificado con la ficha BPIN 2022002880007 cuyo objeto es la "MEJORAMIENTO Y REHABILITACION DE LA CALLE 13 AVENIDA LOMA BARRACK Y AVENIDA COLON DE LA ISLA DE SAN ANDRES PRIORIZADAS EN EL PLAN VIAL DEPARTAMENTO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA .". Emitir concepto financiero sobre el manejo de los recursos de Regalías por parte de la Gobernación del ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA, en la ejecución del proyecto identificado con la ficha BPIN 2020000020028 cuyo objeto es la "REALIZAR LA OPERACIÓN DEL PROYECTO, FORTALECIMINETO DE LAS COMPETENCIAS COMUNICVATIVAS INGLES DESDE UN ENFOQUE DIFERENCIAL DIRIGIDO HACIA LOS ESTUDIANTES DE LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCATIVOS OFICIALES DEL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES Y PROVIDENCIA".
Apoyar a la CGR, en el marco del control concomitante y preventivo realizando actividades de seguimiento a los recursos del Sistema General de Regalías	Estare atento a que la unidad de seguimiento y auditoría de regalías, señale los apoyos profesionales,

. Participar con las dependencias de la CGR que correspondan, en la realización conjunta e inmediata de actividades de vigilancia y control fiscal, sobre las alertas levantadas por parte de la Unidad de Análisis de la Información para contribuir al cumplimiento de las competencias de la Entidad y a su articulación institucional.	Apoyo profesional mediante reuniones de equipo de trabajo de forma virtual a traves de TEAMS:
Brindar orientación, acompañamiento y apoyo para atender, tramitar y documentar las solicitudes ciudadanas y denuncias, teniendo en cuenta su formación profesional, de acuerdo con el procedimiento establecido por la Dirección de Atención Ciudadana de la Entidad.	Estare atento a que la unidad de seguimiento y auditoría de regalías, señale los apoyos profesionales,

Contribuir en la elaboración y/o revisión de informes que le requiera la CGR, para hacer seguimiento a los recursos públicos, desde el punto de vista de su profesión.	Estare atento a que la unidad de seguimiento y auditoría de regalías, señale los apoyos profesionales,

FIRMA CONTRATISTA (PERSONA NATURAL)*:



Observaciones del Supervisor a los trabajos ejecutados:

RECIBIDO A SATISFACCIÓN

En calidad de supervisor del contrato y/o convenio anotado, manifiesto que el contratista y/o Entidad Ejecutora cumplió a satisfacción y dentro de los términos señalados en el contrato y/o convenio con todas las obligaciones y/o compromisos establecidos.

Igualmente certifico que el contratista y/o Entidad Ejecutora, dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social integral (conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, Decreto 1072 de 2015 y demás normas que regulen la materia), que cumplió con el pago de los aportes a seguridad social integral y parafiscales, así como los aportes propios al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar (cuando corresponda).

Por lo anterior autorizo el pago y/o desembolso señalado en el presente formato, que deberá ser consignado en la cuenta de **AHORROS** Banco SCOTIBANK COLPATRIA No.4212093461

AUTORIZACIÓN DE PAGO

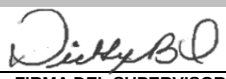
Anexos:

Planilla Pago Seguridad Social (Persona Natural)	X
Certificación Pago Seguridad Social (Persona Jurídica)	X
Original Factura	
Entrada de Almacen	
Producto(s)	



VoBo: Dr. Jorge Andrés Camacho Martínez

Revisó: Dra. Soraya Astrid Murcia Quintero



FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: VICTORIA BOLÍVAR OCHOA

COORDINACIÓN GENERAL DE REGALÍAS DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Nota: *Solo aplica para contratos de prestación de servicios profesionales o de apoyo a la gestión.

EL CONTRALOR DELEGADO INTERSECTORIAL DEL GRUPO INTERNO DE TRABAJO COORDINACIÓN GENERAL DE REGALÍAS DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

CERTIFICA

En calidad de supervisor del contrato de prestación de servicios No. 396 DE 2023, que LUIS DAVID RIVERO KAMEL, identificado con la ciudadanía No. 1050039338, ha cumplido a entera satisfacción con el objeto del contrato "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR LA FUNCIÓN DE VIGILANCIA DE LA GESTIÓN FISCAL A CARGO DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA, PARA EL SEGUIMIENTO DE RECURSOS PÚBLICOS DE REACTIVACIÓN ECONÓMICA", durante el periodo comprendido entre el 17 DE OCTUBRE AL DÍA 16 NOVIEMBRE DEL 2023.

Lo anterior, teniendo en cuenta el informe parcial de actividades presentado por el contratista.

Se anexan certificación pago planilla del mes de octubre del 2023.

Esta certificación se expedido el 17 de noviembre de 2023.

VICTORIA BOLÍVAR OCHOA
CONTRALORA DELEGADO INTERSECTORIAL DEL GRUPO INTERNO DE TRABAJO COORDINACIÓN GENERAL DE REGALÍAS DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA

Vo.Bo. JORGE ANDRES CAMACHO M.
Contralor delegado intersectorial
Revisó: Dra. Soraya Astrid Murcia Quintero

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DECLARACION JURAMENTADA 2023

Yo, LUIS DAVID RIVERO KAMEL **Contrato N°** 396/2023

Identificado (a):	NIT:	☐	C.C:	☑	C.E:	☐	Número:	1.050.039.338 D.V.

Celular: 3005035234
Dirección: CR 23 65B 80 BARRANQUILLA
Correo Electrónico luisrivero_12@hotmail.com

En mi calidad de: Persona Jurídica ☐ Persona Natural ☑

Percibí en el año **2022** ingresos superiores a **1.400 UVT´s** ó **$59´376.800** 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° 67264686 **MES COTIZACION** Octubre **FECHA DE PAGO** 30/11/2023

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	SALUD	PENSION	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	SURA EPS	COLPENSIONES	POSITIVA
VALOR SIN INTERESES*	$ 300.000,00	$ 384.000,00	$ 12.600,00

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 **17** días del mes de **Noviembre** del año **2023**



Firma

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2023

Nombres y Apellidos: **LUIS DAVID RIVERO KAMEL** Contrato No. : **396/2023**

Identificado (a):	NIT:	☐	CC:	☑	CE:	☐	Número:	1050039338	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
RC	1048090239	MARIA TERESA RIVERO LLANOS	3	Hijo

La anterior se firma el 17 del mes de Noviembre del año 2023



Firma