Bogotá, D. C.
21/12/2023

Señores
AGENCIA NACIONAL DE HIDROCARBUROS - ANH
Avenida Calle 26 No. 59-65 Piso 2
Cuidad

Asunto: Solicitud de pago de factura/cuenta de cobro por concepto de prestación de servicios del periodo del 1 al 30 de diciembre de 2023 del Contrato 286 de 2023, para el pago No. 9 de 9

Atentamente remito la factura y/o cuenta de cobro junto con los documentos soporte correspondiente a mi solicitud de pago de honorarios/servicios, los cuales se adjuntan y se relacionan a continuación:

ID	DOCUMENTOS ALLEGADOS PARA EL PAGO	ADJUNTA (SI/NO)
1.	Factura / Cuenta de cobro # 9	x
2.	Certificación contratista (Acreditación Art. 383 del Estatuto Tributario)	x
3.	Planilla(s) de pago de seguridad social y parafiscales del periodo de cobro, conforme el Art. 1 Decreto 1273 de 2018.	x
4.	Formato Depuración para efectos de Retención en la Fuente (Si aplica se adjunta para cada cobro)	x
5.	Formato único de registro de terceros y certificación bancaria, (ambos para el primer pago o cambio de cuenta bancaria)	N/A
6.	RUT: Para el primer pago	N/A
7.	Comunicación de ANH de designación del supervisor del contrato: Para el primer pago o cambio de supervisor.	N/A
8.	Acta de Inicio: Para el primer pago	N/A
9.	Aprobación de ANH de la Póliza Contractual: Para el primer pago	N/A
10.	Autorización de descuento por concepto de ahorro en cuenta AFC. (Si aplica se adjunta para cada cobro)	N/A
11.	Declaración de bienes y rentas – conflicto de intereses, ley 2013 de 2019 (Para el primer pago) https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/	N/A
12.	Constancia de actualización de hoja de vida de la Función Pública en SIGEP II, (Para el primer pago).	N / A

ID	DOCUMENTOS ALLEGADOS PARA EL PAGO	ADJUNTA (SI/NO)
13.	Autorización de descuento a favor del Fondo de Empleados de la ANH (Si es afiliado)	N/A
14.	Certificación Bancaria cuenta AFC (Para primer pago o cambio de cuenta AFC)	N / A
15.	Certificación de cuenta de aportes voluntarios (Para primer pago o cambio de cuenta)	N / A
16.	Certificación de pago de medicina prepagada o seguro de salud (Art. 387 del E.T.), corresponde al monto pagado por ese concepto en la vigencia inmediatamente anterior. (Si aplica se adjunta para cada cobro)	N / A
17.	Certificación de pago de intereses por concepto de crédito hipotecario. Corresponde al monto pagado por ese concepto en la vigencia inmediatamente anterior. (Si aplica se adjunta para cada cobro)	N / A

Cordialmente,

Firma del contratista 

Nombres y Apellidos del Contratista: ÁLVARO ALEJANDRO GÁMEZ PEÑARANDA
Número Documento de Identidad: 1140839707
Dirección del Contratista: CARRERA 13BIS#110-49
Teléfono o Celular Contratista: 3014581946
Correo electrónico Personal Contratista: alvaroalejandro-18@hotmail.com

Anexos: Se anexa lo anunciado en **XXX** folios.

Copias: (supervisor contrato)

21 de diciembre 2023

CUENTA DE COBRO 09

LA AGENCIA NACIONAL DE HIDROCARBUROS
-ANH-
NIT 830.127.607-8

DEBE A

ÁLVARO ALEJANDRO GÁMEZ PEÑARANDA
1.140.839.707 Barranquilla

LA SUMA .....($ 10.281.000)

POR CONCEPTO – ACTIVIDADES DESARROLLADAS DEL 01 DE DICIEMBRE AL 30 DE DICIEMBRE DE 2023, DE ACUERDO CON EL CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS 286 DE FECHA 17 DE ABRIL DE 2023.

SON ..... diez millones doscientos ochenta y un mil pesos M/Cte.

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS 08325379791 DE BANCOLOMBIA A NOMBRE DE **ÁLVARO ALEJANDRO GÁMEZ PEÑARANDA**.

Números de Planilla: 9460050929 - 9460116251



ÁLVARO Á. GAMEZ PEÑARANDA
CC: 1.140.839.707

Para efectos de los requisitos de índole tributario y de seguridad social que debo acreditar ante la entidad, me permito manifestarle bajo la gravedad del juramento que:

1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: Álvaro Alejandro Gámez Peñaranda
Documento de identidad: C.C. 1.140.839.707
Régimen del Impuesto a las Ventas al que pertenece:

48 - Responsable de IVA	
49 - No responsable de IVA	X

Mes o periodo al que pertenece la Certificación: Diciembre

2. DECLARACIÓN PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE

Para efectos de la aplicación de la Retención en la Fuente de que trata el Estatuto Tributario, me permito:

- Certificar que No he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad contratada por la ANH por un periodo igual o superior a noventa (90) días continuos o discontinuos Artículo 388 Inciso primero del Numeral 2.
- Solicitar que me sea incrementada la tarifa de retención en la fuente calculada para este pago en un_%.

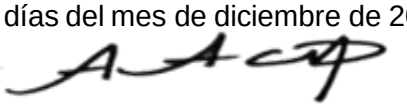
3. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ANTE EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

- Los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social cumplen los requisitos de Monto y Periodicidad establecidos por las normas vigentes y corresponden a los ingresos derivados de Contrato N° 286 de 2023 así:

Número de planilla: 9460050929 – 9460116251
Aporte salud **$** 816,000 - $816.000
Aporte pensión **$** 600,000 - $ 600.000
Aporte ARL **$** 25.100 - $25.100

Los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión que adjunto, corresponden al pago realizado por concepto de los ingresos materia del pago sujeto a retención.

Se expide en Bogotá, a los 21 días del mes de diciembre de 2023



Nombre del contratista Álvaro Alejandro Gámez Peñaranda
C.C. 1.140.839.707
Celular: 3014581946
Dirección: carrera 13bis#110-49

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140839707		GAMEZ PEÑARANDA ALVARO ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 13BIS#110-49	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
2023-11	2023-11	319024485	9460050929	I	2023/12/04	2023/12/05	BANCOLOMBIA	1	$1,442,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$816,000	$1,000	$0	$817,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$816,000	$1,000	$0	$817,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,100	$100	$0	$25,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$25,100	$100	$0	$25,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$600,000	$600	$0	$600,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$600,000	$600	$0	$600,600
TOTAL				1	$1,441,100	$1,700	$0	$1,442,800

Resumen de Pago por Administradora

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140839707		GAMEZ PEÑARANDA ALVARO ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 13BIS#110-49	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
2023-12	2023-12	322174975	9460116251	I	2024/01/03	2023/12/06	BANCOLOMBIA	0	$1,441,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$816,000	$0	$0	$816,000
SKANDIA	230901	800,253,055	2	1	$816,000	$0	$0	$816,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$25,100	$0	$0	$25,100
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$25,100	$0	$0	$25,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$600,000	$0	$0	$600,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$600,000	$0	$0	$600,000
TOTAL				1	$1,441,100	$0	$0	$1,441,100

DEPURACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

IDENTIFICACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	ÁLVARO ALEJANDRO GÁMEZPEÑARANDA
No. IDENTIFICACIÓN	CC: 1140839707

1. CREDITO DE VIVIENDA

a.	¿Paga intereses por créditos de vivienda?	**SI**		**NO**	X
b.	¿Adjunta certificación?	**SI**		**NO**	X
c.	¿Crédito Compartido?	**SI**		**NO**	X

En caso de contestar afirmativamente el punto 1c; en caso de que desee obtener todo el beneficio, por favor adjuntar notificación donde los demás titulares renuncian al beneficio tributario.

% que le corresponde

2. PAGOS DE SALUD

¿Realiza Aportes a Salud, de acuerdo al artículo 387 numeral a y b del E.T.?	**SI**	**X**	**NO**		

3. DEPENDIENTES

¿Tiene usted alguno de los siguientes DEPENDIENTES, definido en el artículo 15 de la Ley 1607?

1. Hijosmenores de 18 años. (adjuntar registro civil)	NO
2. Hijos con edad entre 18 y 23 años, el cuál usted 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. (adjuntar registro civil y certificados de estudios)	NO
3. Hijosmayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, (adjuntar certificado por Medicina Legal y registro civil)	NO
4. Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos 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. (adjuntar certificado de Medicina Legal o Certificación de Contador público)	NO
5. Padres y hermanos del contribuyente que se encuentren 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. (adjuntar certificado de Medicina Legal o Certificación de Contador público)	SI

Relación de dependientes - parágrafo 4° del Decreto 0099 del 2013

Nombres y Apellidos	Tipo de Documento	Identificación No.	Edad	Parentesco
ÁLVARO AUGUSTO GÁMEZ MAESTRE	CC	7439575	76	ABUELO

La anterior se firma el día 21 del mes de diciembre del año 2023



Se firma bajo la gravedad de Juramento para el numeral 3