Bogotá D.C, 04 DICIEMBRE DE 2023

CUENTA DE COBRO 001

LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

NIT 899.999.067

Debe a:

Gabriela Yuset Pineda Pardo

C.C 1.234.090.146

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES DE PESOS MCTE. ($4.000.000)

Por concepto de honorarios mensuales pactados, en el desarrollo del objeto contractual del contrato CGR-572-2023 DE 2023, comprendido al periodo del 21 DE SEPTIEMBRE DEL 2023 al 20 DE OCTUBRE DEL 2023.

Favor consignar en la cuenta de Ahorros del Banco BANCOLOMBIA No. 477-405517-91 a nombre de Gabriela Yuset Pineda Pardo

Cordialmente,



Gabriela Yuset Pineda Pardo
C.C 1.234.090.146
Celular: 3023593319

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. CGR-572-2023 DE 2023, que Gabriela Yuset Pineda Pardo, identificado con la ciudadanía No. 1.234.090.146, 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 21 de septiembre al día 20 de octubre 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 2023.

Esta certificación se expedido el 04 de diciembre de 2023.

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

CATALINA CUBAQUE BARRERA
CONTRALORA DELEGADA INTERSECTORIAL
GRUPO INTERNO DE TRABAJO NIVEL MICRO UNIDAD DE REGALÍAS

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 1234090146		PINEDA PARDO GABRIELA YUSET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 1 b n 80 26	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3023593319	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	346291237	9460478512	I	2023/10/11	2023/12/18	NEQUI	68	$359,700

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)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$0	$0
1	CC	1234090146 PINEDA GABRIELA	230301	30	$1,160,000	$185,600	EPS010	30	$1,160,000	$145,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,160,000	$6,100	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,160,000	$185,600			$1,160,000	$145,000			$0	$0			$1,160,000	$6,100		$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 1234090146		PINEDA PARDO GABRIELA YUSET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 1 b n 80 26	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3023593319	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-09	2023-09	346291237	9460478512	I	2023/10/11	2023/12/18	NEQUI	68	$359,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,600	$12,600	$0	$198,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$185,600	$12,600	$0	$198,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,100	$500	$0	$6,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,100	$500	$0	$6,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$145,000	$9,900	$0	$154,900
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$145,000	$9,900	$0	$154,900
TOTAL				**1**	**$336,700**	**$23,000**	**$0**	**$359,700**

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 1234090146		PINEDA PARDO GABRIELA YUSET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 1 b n 80 26	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3023593319	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	41378745	9459752874	I	2023/11/14	2023/12/01	BANCO DE OCCIDENTE	17	$472,400

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)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$8,400		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$8,400		$0	$0
Ciudad: BARRANQUILLA Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)					$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$8,400		$0	$0
1	CC	1234090146 PINEDA GABRIELA	230301	30	$1,600,000	$256,000	EPS010	30	$1,600,000	$200,000		0	$0	$0	14-23	30	$1,600,000	$8,400	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,600,000	$256,000			$1,600,000	$200,000			$0	$0			$1,600,000	$8,400		$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 1234090146		PINEDA PARDO GABRIELA YUSET	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Transversal 1 b n 80 26	BARRANQUILLA-ATLANTICO	3023593319	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	41378745	9459752874	I	2023/11/14	2023/12/01	BANCO DE OCCIDENTE	17	$472,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$256,000	$4,400	$0	$260,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$256,000	$4,400	$0	$260,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$8,400	$200	$0	$8,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$8,400	$200	$0	$8,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$200,000	$3,400	$0	$203,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$200,000	$3,400	$0	$203,400
TOTAL				**1**	**$464,400**	**$8,000**	**$0**	**$472,400**

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DECLARACION JURAMENTADA 2023

Yo, Gabriela Yuset Pineda Pardo **Contrato N°** CGR-572-2023

Identificado (a):	NIT:	☐	C.C:	☑	C.E:	☐	Número:	1.234.090.146 D.V.

Celular: 3023593319
Dirección: transversal 1e #80-26
Correo Electrónico abogadagabrielayuset@gmail.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° 9459752874 **MES COTIZACION** OCTUBRE **FECHA DE PAGO** 1/12/2023

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	SALUD	PENSION	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	SURAMERICANA	PORVENIR	POSITIVA
VALOR SIN INTERESES*	$ 200.000	$ 256.000	$ 8.400

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* ☑

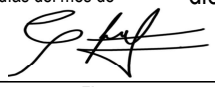
3. Solicitud Deducción de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

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 4 días del mes de diciembre del año 2023



Firma

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2023

Nombres y Apellidos: **Gabriela Yuset Pineda Pardo** Contrato No. : **CGR-572-2023**

Identificado (a):	NIT:	☐	CC:	☑	CE:	☐	Número:	1234090146	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 4 del mes de Diciembre del año 2023

Firma

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:	1	Total de pagos:	3	Fecha:	4/12/2023

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR					
Nombre / Razón Social	Gabriela Yuset Pineda Pardo				
Identificación	1,234,090,146				
Contrato No.	CGR-572-2023 DE 2023	Celular	3023593319	Extensión	

INFORMACIÓN DEL CONTRATO / CONVENIO				
Contrato No.	CGR-572-2023	CDP No.: 82023 del 18 de septiembre del 2023	Período a pagar:	DEL 21/09/2023 AL 20 /10/2023
Fecha de suscripción:	21/09/2023		Fecha de iniciación:	21/09/2023
Fecha de terminación:	15/12/2023		Plazo de Ejecución:	15 de diciembre 2023

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

Honorarios

Valor Inicial: $ 12.000.000
Adición No. $ -
Valor Total: $ 12.000.000

Control de pagos realizados por Honorarios:

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

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

Gastos de Desplazamiento*

Valor Inicial:
Adición No.
Valor Total: $ -

Saldo Gastos de Desplazamiento*:

Total pagado honorarios **$ -**
Total Pagado Despla.* $ -
Saldo pendiente a pagar: **$ 12.000.000,00**

Porcentaje de Ejecución: 33%

VALOR AUTORIZADO A PAGAR: $ 4.000.000,00

En letras: **CUATRO MILLONES DE PESOS**

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
1. 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.	Supervise las obligaciones detalladas de los contratos en los proyectos que me fueron asignados, con el fin de verificar evidencias sobre las oblikgaciones establecidas para cada contrato. verificacion de oficios sigedoc, se realiza alimentacion a una matriz de segvuimiento para cada avance en la investigacion.
2. Revisión De La Formulación Del Proyecto BPIN 2020524180002	Revisar los documentos soportes del proyecto denominado "Compra venta de un vehiculo recolector compactador de residuos solidos para el municipio de Los Andes"
3. Verificación del cumplimiento de las diferentes etapas contractuales	Verificar que se cumplieron las estas precontractual, contractual y pos contractual, la liquidación del contrato. Comprobando la existencia estudios, actas, informes y demás documentos.
4. Comprobación del cargue de documento en los aplicativos SUIFP & GESPROY	Ingreso a los aplicativos SUIFP & GESPROY y comprobación de que los documentos requeridos para la contratación estén efectivamente cargados en su totalidad de acuerdo a las normas vigentes.

5. Confirmar el cumplimiento de las normas y leyes en el proceso de contratación y ejecución del mismo.	Revisión de los documentos soporte allegados y colgados en los aplicativos SUIFP & GESPROY a fin de confirmar que cumplan con las leyes vigentes acorde al tipo de proceso contractual.

6. Elaboración de papeles de trabajo	Elaboración de papel de trabajo correspondiente a los aspectos jurídicos del proyecto DEL PROYECTO BPIN 2020524180002 "Compra venta de un vehiculo recolector compactador de residuos solidos para el municipio de Los Andes"

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 BANCOLOMBIA No. 477-405517-91

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)	

Catalina J. Cubaque

FIRMA DEL SUPERVISOR

NOMBRE SUPERVISOR: VICTORIA BOLÍVAR OCHOA

COORDINACION GENERAL DE REGALIAS DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14886435786

(415)7707212489984(8020) 000001488643578 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 3 4 0 9 0 1 4 6	1	Impuestos de Barranquilla 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 2 3 4 0 9 0 1 4 6	2 0 1 6 0 1 1 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PINEDA	PARDO	GABRIELA	YUSET

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Atlántico 0 8	Barranquilla 0 0 1

41. Dirección principal: TV 1 E 80 26

42. Correo electrónico: gabrielapinedapardo@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 2 3 5 9 3 3 1 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
4 7 1 9	2 0 2 3 0 1 0 4							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	4	9																								

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 18 / 16 : 12: 21

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre PINEDA PARDO GABRIELA YUSET

985. Cargo CONTRIBUYENTE

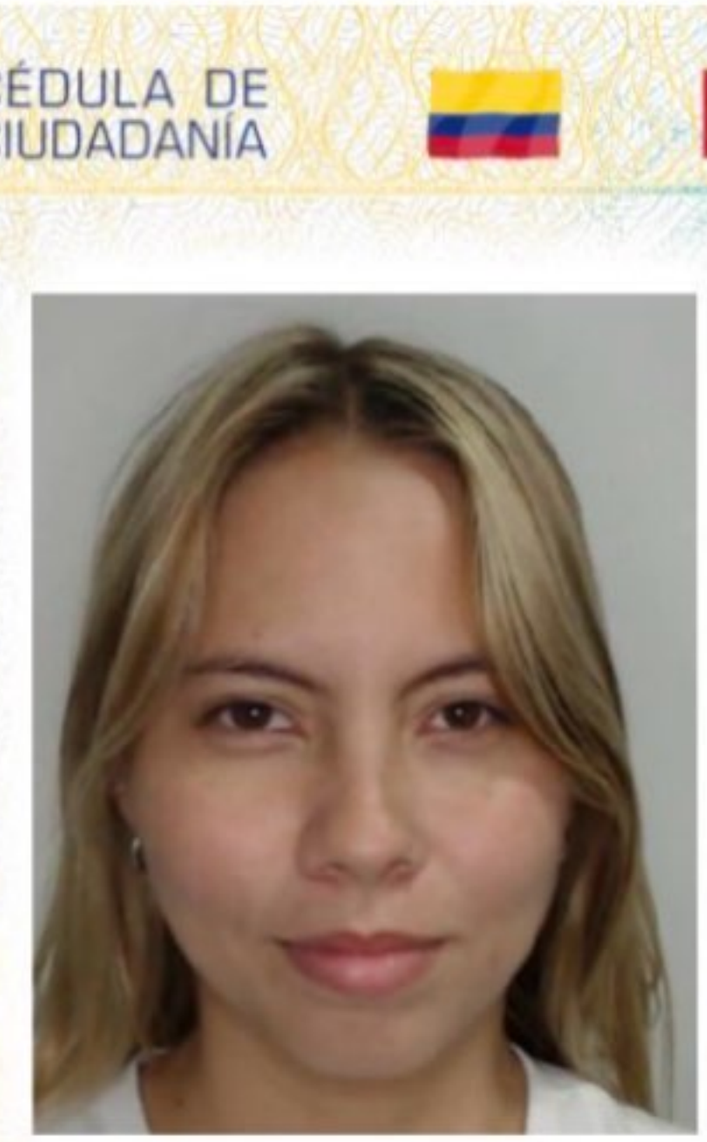
COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Cédula Digital

Cédula de ciudadanía

Compartir

Activo ✔ Última actualización el 14/04/23



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP **1.234.090.146**

Apellidos
PINEDA PARDO

Nombres
GABRIELA YUSET

Nacionalidad
COL

Estatura
1.60

Sexo
F

Fecha de nacimiento
09 ENE 1998

G.S.
B+

Lugar de nacimiento
BARRANQUILLA (ATLANTICO)

Fecha y lugar de expedición
12 ENE 2016, BARRANQUILLA



Firma

Fecha de expiración
01 OCT 2032

Certificar

Powered by CamScanner

CONTRALORIA GENERAL DE LA REPÚBLICA
DECLARACION JURAMENTADA 2023

Yo, Gabriela Yuset Pineda Pardo **Contrato N°** CGR572-2023

Identificado (a):	NIT:	☐	C.C:	☑	C.E:	☐	Número:	1.234.090.146 D.V.

Celular: 3023593319
Dirección: transversal 1e #80-26
Correo Electrónico abogadagabrielayuset@gmail.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° 9460478512 **MES COTIZACION** septiembre **FECHA DE PAGO** 18/12/2023

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	SALUD	PENSION	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	SURAMERICANA	PORVENIR	POSITIVA
VALOR SIN INTERESES*	$ 145.000	$ 185.600	$ 6.100

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 **4** días del mes de **Diciembre** del año **2023**

Firma

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2023

Nombres y Apellidos: **Gabriela Yuset Pineda Pardo** Contrato No. : **CGR-572-2023**

Identificado (a):	NIT:	☐	CC:	☑	CE:	☐	Número:	1234090146	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 4 del mes de Diciembre del año 2023

Firma