

Bogotá, D. C.  
01 de diciembre de 2025

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

Asunto: Solicitud de pago de cuenta de cobro por concepto de prestación de servicios del periodo 01 de noviembre al 30 de noviembre de 2025 del Contrato 273 de 2025, para el pago No. 10 de 11.

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

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

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)	NO
14.	Certificación Bancaria cuenta AFC (Para primer pago o cambio de cuenta AFC)	NO
15.	Certificación de cuenta de aportes voluntarios (Para primer pago o cambio de cuenta)	NO
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)	NO
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)	NO

Cordialmente,



**CARLOS EDUARD CLEVES RODRIGUEZ**

Cédula 7.684.119

Calle 23 No. 5 – 70, Edificio Akros, Apartamento 509 en Bogotá D.C.

3123670124

Carlos.cleves@anh.gov.co

Anexos: Se anexa lo anunciado en 12 folios.

Copias: N/A

**CUENTA DE COBRO**

Fecha: 1 de diciembre de 2025

Ciudad: Bogotá D.C.

AGENCIA NACIONAL DE HIDROCARBUROS

NIT. 830.127.607-8

DEBE A:

CARLOS EDUARD CLEVES RODRIGUEZ

CC. 7.684.119 de Neiva

LA SUMA DE:

**DIEZ MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M.CTE**

**(\$10.250.000.00)**

Por concepto de la ejecución del contrato No. 273 de 2025, periodo comprendido entre el 01 de noviembre al 30 de noviembre de 2025.



**CARLOS EDUARD CLEVES RODRIGUEZ**

CC. 7.684.119 de Neiva

Contrato 273/2025

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: **CARLOS EDUARD CLEVES RODRIGUEZ**

Documento de identidad: C.C. **7684119**

Régimen del Impuesto a las Ventas al que pertenece:

48 - Responsable de IVA

49 - No responsable de IVA

Mes o periodo al que pertenece la Certificación: octubre de 2025

### 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° 273 de 2025 así:

Número de planilla: **1076267137**

Aporte salud **\$ 513.800.00**

Aporte pensión **\$ 657.700.00**

Aporte ARL **\$ 21.600.00**

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, correspondiente a octubre de 2025.

Se expide en Bogotá, el 01 de diciembre de 2025,



**CARLOS EDUARD CLEVES RODRIGUEZ**

C.C. 7.684.119 de Neiva

Celular: 312 367 01 24

Dirección: calle 23 No. 5 – 70, Edificio Akros, Apartamento 509 en Bogotá D.C.



# PAGOSIMPLE | Pago a las Administradoras

Fecha Creación Reporte: 2025-11-30, 12:01:29 PM Tipo Planilla: I: Planilla independientes

Número Planilla: 1076267137

Periodo Cotización: octubre de 2025

Periodo Servicio: octubre de 2025

**PAGADO 11/11/2025**

## Datos del Aportante

Razón Social	CARLOS EDUARD CLEVES RODRIGUEZ		
Documento	CC7684119	Dirección	CR 9 #10 - 07 APARTAMENTO 406
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	76963747
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	NEIVA	Departamento	HUILA
Representante Legal		Identificación	

## Detalle de los Pagos por Administradora

Nit	Código	Nombre Administradora	Afiliados	Valor Sin Mora	Valor Mora	Total Pagado
N900336004	25-14	COLPENSIONES	1	\$ 656.000	\$ 1.700	\$ 657.700
N860011153	14-23	POSITIVA DE SEGUROS	1	\$ 21.500	\$ 100	\$ 21.600
N800251440	EPS005	EPS SANITAS	1	\$ 512.500	\$ 1.300	\$ 513.800
Total Pagado				\$ 1.190.000	\$ 3.100	\$ 1.193.100



DEPURACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE				
IDENTIFICACIÓN				
NOMBRES Y APELLIDOS	CARLOS EDUARD CLEVES RODRIGUEZ			
No. IDENTIFICACIÓN	7684119			
1. CREDITO DE VIVIENDA				
a. ¿Paga intereses por créditos de vivienda?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	X
b. ¿Adjunta certificación?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	X
c. ¿Crédito Compartido?	SI	<input type="checkbox"/>	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.				
<b>% que le corresponde</b>				
2. PAGOS DE SALUD				
¿Realiza Aportes a Salud, de acuerdo al artículo 387 numeral a y b del E.T.?	SI	X	NO	<input type="checkbox"/>
3. DEPENDIENTES				
<b>¿Tiene usted alguno de los siguientes DEPENDIENTES, definido en el artículo 387 – Parág. 2 del Estatuto Tributario?</b>				
1. Hijos menores de 18 años. (adjuntar registro civil)				
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)				
3. Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, (adjuntar <u>certificado por Medicina Legal</u> y registro civil)				
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, <u>certificada por contador público</u> , o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean <u>certificados por Medicina Legal</u> . (adjuntar certificado de Medicina Legal o Certificación de Contador público)				
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, <u>certificada por contador público</u> , o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean <u>certificados por Medicina Legal</u> . (adjuntar certificado de Medicina Legal o Certificación de Contador público)	X			
*Calidad de los dependientes –(DUR 1625 de 2016 – Parágrafo del Art. 1.2.4.1.18. )				
Nombres y Apellidos	Tipo de Documento	Identificación No.	Edad	Parentesco
EDUARDO CLEVES ARIAS	CÉDULA	4.870.304	88	PADRE
La anterior se firma el día 01 de diciembre de 2025.				
Firma				
<b>CC No. 7.684.119</b> <b>*Se firma bajo la gravedad de Juramento</b>				

**EZEQUIEL LOPEZ BRAVO EN USO DE SUS FACULTADES COMO CONTADOR PÚBLICO CON  
TARJETA PROFESIONAL NO. 130452-T  
Dirección: Carrera Calle 46 Sur No. 23 -87, teléfono celular 3214591304**

**CERTIFICA**

Que, la persona relacionada a continuación depende económicamente del señor Carlos Eduard Cleves Rodríguez con cedula de ciudadanía número 7.684.119 de Neiva de acuerdo al parentesco que también es relacionado así:

<b>NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS</b>	<b>TIPO DE DOCUMENTO</b>				<b>NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>PARENTESCO</b>
	CC	RC	TI	CE		
Eduardo Cleves Arias	X				4.870.304	Padre

Lo anterior conforme lo previsto por el párrafo segundo del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 15 de la Ley 1607 de 2012 y el párrafo cuarto del artículo segundo del Decreto 0099 de 2013 por ausencia total de ingresos de la persona relacionada.

La presente certificación se expide a solicitud del interesado día primero (01) del mes de e abril del año dos mil veinticinco (2025) con destino a la Agencia Nacional de Hidrocarburos ANH.



**EZEQUIEL LOPEZ BRAVO**  
Contador Público TP. 130452-T  
Teléfono móvil 3214591304

República de Colombia  
Ministerio de Educación Nacional

JUNTA CENTRAL DE CONTADORES  
TARJETA PROFESIONAL  
DE CONTADOR PUBLICO

**130452-T**



EZEQUIEL  
LOPEZ BRAVO  
C.C. 79892470

RESOLUCION INSCRIPCION 1771 FECHA 08/11/2007  
UNIVERSIDAD DE LA SALLE

PRESIDENTE

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Ezequiel Lopez Bravo", written over a circular stamp or seal.

130452-T



Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como  
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en  
la Ley 43 de 1990.  
Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla  
al Ministerio de Educacion Nacional Junta Central de  
Contadores.



REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **79.892.470**

**LOPEZ BRAVO**  
APELLIDOS

**EZEQUIEL**  
NOMBRES



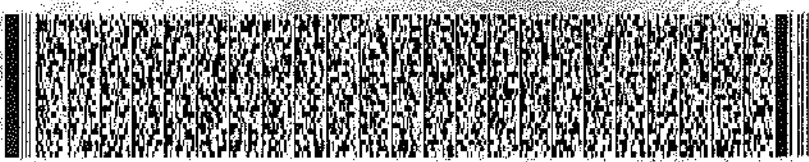
*[Handwritten Signature]*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **03-JUN-1977**  
**BOGOTA D.C.**  
(GUNDINAMARCA)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.70**      **O+**      **M**  
ESTATURA      G.S. RH      SEXO  
**08-AGO-1995** **BOGOTA D.C.**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Handwritten Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



A-1500113-70164852-M-0079892470-20071025      0003307298G 01 981457794