



PROCESO GESTIÓN FINANCIERA
Formato de Autorización para Causación y Pago a Contratistas Personas Naturales

VERSIÓN 2
TRD 130.131.41

I. INFORMACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR

Fecha de Diligenciamiento			Supervisor		RADICACIÓN
AA	MM	DD	Nombre:		
2025	11	28	Cargo:	Erily Esmeralda Bernal Camacho / SUBDIRECTORA DE VIGILANCIA Y CONTROL /	

II. INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre del Contratista
Jean Carlos Martínez Bustos

N° C.C. 7.920.603

Agencia Nacional de Espectro
Comunicación Interna

Radicado: GD-016317-I-2025
Fecha: 2025-12-04 - 12:42
Anexos: Sin anexos
Folios: 10

REGISTRO DE INFORMACIÓN DEL CONTRATO		RE
Número de Contrato	271 del 2025	Código de la Actividad Económica
Fecha del Registro Presupuestal	21/11/2025	Es Responsable de IVA?
Fecha de Aprobación de la Poliza	21/11/2025	Es Declarante de Renta?
Fecha de afiliación ARL	21/11/2025	Contrato asociado a Convenio?
Plazo de Ejecución Hasta	31/12/2025	

Son declarantes del impuesto sobre la renta quienes en la vigencia fiscal anterior al año en curso recibieron ingresos superiores a 1,400 UVTS y patrimonio superior a 4,500 UVTS .
Se consideran como no responsables del Iva en función de unos topes mínimos de ingresos y otros conceptos señalados por el parágrafo 3 del artículo 437 del estatuto tributario.

OBJETO CONTRACTUAL:

Prestar sus servicios profesionales en ingeniería para apoyar a la Subdirección de Vigilancia y Control de la ANE en el fortalecimiento de los servicios de telecomunicaciones, a través de actividades de inspección y verificación técnica y el cumplimiento las obligaciones reglamentarias a cargo de los operadores del Servicio de Televisión en el territorio nacional, en el marco del Convenio Interadministrativo No. 1615 (FUTIC) / 207 (ANE) de 2025 suscrito entre el FONDO ÚNICO DE TIC y la ANE.

FORMA DE PAGO (Transcribir la cláusula de la forma de pago incorporada en el anexo de condiciones contractuales de la minuta electrónica)

CLÁUSULA SEXTA: FORMA DE PAGO. La ANE pagará al contratista el valor del contrato así: A) Un (1) pago hasta por la suma de DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE. (\$2.766.660), incluidos todos los tributos a que haya lugar, a prorrata de los días de servicio efectivamente prestados durante el mes de noviembre de 2025, a razón de DOSCIENTOS SETENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS (\$276.666) M/CTE diarios. B) Un (1) pago en diciembre de 2025 hasta por la suma de OCHO MILLONES DOSCIENTOS NOVENTA Y NUEVE MIL NOVECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE. (\$8.299.980), incluidos todos los tributos a que haya lugar.

III. PLANILLA DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

No. Autorización o Planilla:		APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL	
Periodo Liquidado (Planilla): *3 y *4	1	Salud 12,5%	\$ 1,00
Valor IBC 40% INGRESOS: *5	Certificaciones	Pensión 16%	\$ 1,00
	\$ 1,00	Fondo Solidaridad *1	\$ 1,00
		ARL *2	\$ 1,00

Notas:

- *1. El pago del Fondo de Solidaridad únicamente aplica cuando la base de cotización es entre 4 -16 SMLLV (1%)
- *2. ARL = Riesgo 1 tarifa 0,522%; riesgo 2 tarifa 1,044%; riesgo 3 tarifa 2,436%; riesgo 4 tarifa 4,350%; riesgo 5 tarifa 6,960%
- *3. El aporte al Sistema de Seguridad Social correspondiente al mes o fracción de mes objeto de cobro presentada en estado pagada, se tendrá en cuenta para la depuración de la base para el cálculo de retención en la fuente a título de impuesto de renta e ICA, de conformidad con lo establecido en el artículo 1.2.4.1.16 y 1.2.4.1.7 del Decreto 1625 de 2016, el Concepto 1195 de 2009 de la Dirección de Impuestos Distritales de la Secretaría Distrital de Hacienda en línea con lo dispuesto en el concepto No. 100208221 del 9 de enero de 2020 de la DIAN.
- *4. Siempre se deba adjuntar la planilla de seguridad social mes vencido en estado pagada, y la del respectivo mes de cobro solo en caso de querer acogerse al beneficio en la depuración de retención en la fuente. De no allegar la planilla del periodo de cobro, no se tendrá en cuenta en la depuración de la retención en la fuente, pero es requisito exigible de conformidad con lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y en el artículo 23 de la Ley 1150 de 2007.
- *5. La cotización de los trabajadores independientes contratistas de prestación de servicios, se debe efectuar sobre una base de cotización mínima de un 40% del valor de los ingresos percibidos en el mes.

IV. FACTURA Y DEDUCCIÓN SOLICITADA

FACTURA ELECTRÓNICA DE VENTA / ND / NC:

G68 Y BD1

Valor que solicita como deducción AFC

N/A

Valor que solicita como deducción PV

N/A

*AFC: Cuenta de Ahorro para el Fomento a la Construcción
*PV: Pensión Voluntaria

V. PERIODO DE COBRO, CERTIFICACIÓN Y VALOR AUTORIZADO

MES DE COBRO

Noviembre

Número total de pagos

2

Número de pago actual

1

El suscrito Supervisor certifica que el contratista cumplió a cabalidad con las obligaciones, he recibido y aprobado los entregables en los términos y tiempo pactados, los cuales se verificaron y aprobaron para el período certificado conforme a las condiciones de pago. Así mismo, se verificó el cumplimiento del pago de la planilla de aportes al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y/o Fondo de Solidaridad y riesgos profesionales por parte del contratista. De igual manera, certifico que el informe de actividades mensual correspondiente al periodo de pago, ha sido suscrito y se radica al Grupo de Contratación. Por lo tanto, autorizo el pago por de los honorarios a favor del contratista por el valor de:

\$ 2.766.660,00

DOS MILLONES SETECIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA PESOS 00/100 M.L.

VI. ESTADO PRESUPUESTAL

1. Valor total contrato	\$ 11.066.640,00	No. Registro Presupuestal	101325	Fecha	21/11/2025
2. Adición o Reducción	\$ -	No. Registro Presupuestal Adición		Fecha	
3. Valor pagado	\$ -				
4. Valor a pagar	\$ 2.766.660,00				
5. SALDO = (1+2-3-4)	\$ 8.299.980,00				

VII. OBSERVACIONES

G68 (Factura Electrónica) Y BD1(Nota Debito)

VIII. FIRMAS

En mi calidad de Contratista declaro bajo la gravedad del juramento que la información proporcionada de la planilla de seguridad social es correcta y que los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en salud, pensión y riesgos profesionales, corresponden a los ingresos provenientes del contrato relacionado en la información contractual del presente formato, y que los mismos deberán ser aplicados acorde con la normativa establecida para efectos de la depuración de la retención en la fuente, siempre y cuando correspondan al mismo mes objeto de cobro.

Firma del Contratista		
NOMBRE Y APELLIDOS: Jean Carlos Martínez Bustos	C.C.	7.920.603
Firma del Supervisor		
NOMBRE Y APELLIDOS:	Erily Esmeralda Bernal Camacho	
C.C.	52213475	C.C.

IX. LISTA DE CHEQUEO DE DOCUMENTOS ADJUNTOS A ESTE FORMATO

Documento	Presencia
Factura electrónica de venta. (Para los obligados a facturar)	x
Planilla de aportes al sistema de seguridad social en salud, pensión y riesgos	x
Formato informe mensual de Actividades del contratista	x

**LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:**

JEAN CARLOS MARTINEZ BUSTOS identificado con **CC 7920603** registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombre y/o Razón Social	AGENCIA NACIONAL DEL ESPECTRO
Tipo y Número de Documento	NI 900334265
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/11/21
Estado de Afiliación	ACTIVO
Tipo de Vinculación	INDEPENDIENTE
Fecha de Inicio del Contrato	2025/11/21
Fecha Fin del Contrato	2025/12/31
Código Actividad Económica Principal	3619001
Clase de Riesgo	3
Fecha de Retiro	SIN RETIRO

Esta certificación se expide a los 2025/11/21.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

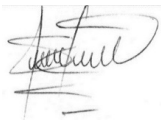
LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JEAN CARLOS MARTINEZ BUSTOS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **7920603**, se encuentra afiliado/a desde **01/09/2009** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 06 de noviembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **JEAN CARLOS MARTINEZ BUSTOS** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **7920603** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 7920603
NOMBRES Y APELLIDOS	JEAN CARLOS MARTINEZ BUSTOS
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/02/2013
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	575
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	51

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES

Fecha de generación: 06/11/2025

**ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN
DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS**

EPS SURAMERICANA S.A

Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, **Cali:** 602 380 8941,

Medellín: 604 448 61 15, **Bogotá:** 601 448 7941

Línea Nacional: 01 8000 519 519

epssura.com

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de Factura - CUFE :
70e5c1256eaf3410a0d5cbf440a1bf3b860a76b2dd7ebfb45ec87908059b88669e70910453f6e1ffeba7cf2de374f85
Número de Factura: G-68
Fecha de Emisión: 28/11/2025
Fecha de Vencimiento: 28/11/2025
Tipo de Operación: 10 - Estándar

Forma de pago: Contado
Medio de Pago: Transferencia Débito Interbancario
Orden de pedido: Contrato 271 de 2025
Fecha de orden de pedido: 21/11/2025

Datos del Emisor / Vendedor

Razón Social: MARTINEZ BUSTOS JEAN CARLOS
Nombre Comercial: MARTINEZ BUSTOS JEAN CARLOS
Nit del Emisor: 7920603
Tipo de Contribuyente: Persona Natural
Régimen Fiscal: R-99-PN
Responsabilidad tributaria: 01 - IVA
Actividad Económica: 9511

País: Colombia
Departamento: Bolívar
Municipio / Ciudad: Cartagena De Indias
Dirección: BRR BOSQUE TV 48 A 21 C 78 SEC VIVIENDA MILITAR
Teléfono / Móvil: 3005443037
Correo: jeancarlos.martinez@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: AGENCIA NACIONAL DEL ESPECTRO
Tipo de Documento: NIT
Número Documento: 900334265
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: Calle 93 # 17 - 45 Piso 4
Teléfono / Móvil: 6016000030
Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Precio unitario de venta
								IVA	%	INC	%	
1	ANE1	Honorarios servicios profesionales en ingeniería para apoyar a la Subdirección de Vigilancia y Control de la ANE en el fortalecimiento de los servicios de telecomunicaciones Contrato No 271 de 2025 Supervisor Erly Esmeralda Bernal Periodo 21a30 Nov	NIU	1,00	\$ 2.324.924,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 441.735,56	19.00			\$ 2.324.924,00

Notas Finales

#\$23-09-00; Contrato 271 de 2025;erly.bernal@ane.gov.co#\$ Supervisor Erly Esmeralda Bernal Periodo 21a30 Nov
Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
 28/11/2025 08:59:33
Documento validado por la DIAN:
 28/11/2025 08:59:33
XML Generado por: Solución Gratuita DIAN
 800197268
PDF Generado por: Solución Gratuita DIAN
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	2324924
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	2324924
IVA	441735,56
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	441735,56
Total neto factura (=)	2766659,56
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 2766659,56

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	2.324.924,00
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	2.324.924,00
IVA	441.735,56
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	441.735,56
Total neto factura (=)	2.766.659,56
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 2.766.659,56

Valores informativos

ANTICIPOS	
Anticipos	0,00

RETENCIONES	
Rete fuente	0,00
Rete IVA	0,00
Rete ICA	0,00

Numero de Autorización: 18764100217604 Rango desde: 67 Rango hasta: 100 Vigencia: 2026-04-16

Representación Gráfica

Datos del Documento

Código Único de documento electrónico - CUDE :

d136228e775eb55f6128b3c0cf209d667d329a095d7a9e0a04d3b567f0cae132a8fac83503d25cad1d1048cb37b3a2a6

Número de Factura: BD1

Forma de pago: Contado

Fecha de Emisión: 28/11/2025

Medio de Pago: Efectivo

Fecha de Vencimiento: 28/11/2025

Orden de pedido:

Tipo de Operación: 30 - Nota Débito que referencia una factura electrónica

Fecha de orden de pedido:

Datos del emisor / vendedor

Razón Social: MARTINEZ BUSTOS JEAN CARLOS

Nombre Comercial: MARTINEZ BUSTOS JEAN CARLOS

Nit del Emisor: 7920603

País: Colombia

Tipo de Contribuyente: Persona Natural

Departamento: Bolívar

Régimen Fiscal: R-99-PN

Municipio / Ciudad: Cartagena De Indias

Responsabilidad tributaria: 01 - IVA

Dirección: BRR BOSQUE TV 48 A 21 C 78 SEC VIVIENDA MILITAR

Actividad Económica: 9511

Teléfono / Móvil: 3005443037

Correo: jeancarbs.martinez@hotmail.com

Datos del Adquiriente / Comprador

Nombre o Razón Social: AGENCIA NACIONAL DEL ESPECTRO

Tipo de Documento: NIT

País: Colombia

Número Documento: 900334265

Departamento: Bogotá

Tipo de Contribuyente: Persona Jurídica

Municipio / Ciudad: Bogotá, D.c.

Régimen fiscal: R-99-PN

Dirección: Calle 93 # 17 - 45 Piso 4

Responsabilidad tributaria: ZZ - No aplica

Teléfono / Móvil: 6016000030

Correo: siifnacion.facturaelectronica@minhacienda.gov.co

Detalles de Productos

Nro.	Código	Descripción	U/M	Cantidad	Precio unitario	Descuento detalle	Recargo detalle	IMPUESTOS				Valor de Venta por Item
								IVA	%	INC	%	
1	ANE1	Honorarios servicios profesionales en ingeniería para apoyar a la Subdirección de Vigilancia y Control de la ANE en el fortalecimiento de los servicios de telecomunicaciones Contrato No 271 de 2025 Supervisor Erly Esmeralda Bernal Periodo 21a30 Nov	NIU	1,00	\$ 2.324.924,00	\$ 0,00	\$ 0,00	\$ 441.735,56	19,00			\$ 2.324.924,00
2	0225	AJUSTE AL PESO	NIU	1,00	\$ 0,44	\$ 0,00	\$ 0,00					\$ 0,44

Referencias

Tipo de Documento Referencia	Número Referencia	Fecha Referencia	Razón de Referencia
Orden de Compra	Contrato 271 de 2025	2025-11-21	
Factura Electrónica	G68	2025-11-28	AJUSTE AL PESO

CUFE : 70e5c1256eaf3410a0d5cbf440a1bf3b860a76b2dd7ebfb45ec87908059b88669e70910453f6e1fffeba7cf2de374f85

Notas Finales

Linea de negocio:

Datos Totales



Documento generado el:
28/11/2025 16:53:33
Documento validado por la
DIAN:
28/11/2025 16:53:33
**XML Generado por: Solución
Gratuita DIAN**
800197268
**PDF Generado por:
Solución Gratuita DIAN**
Nit:800197268

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	0

Subtotal	2324924.44
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	2324924.44
IVA	441735.56
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0
Total impuesto (=)	441735.56
Total neto factura (=)	2766660
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 2766660

MONEDA	COP
TASA DE CAMBIO	

Subtotal	2.324.924,44
Descuento detalle	0,00
Recargo detalle	0,00
Total Bruto Factura	2.324.924,44
IVA	441.735,56
INC	0,00
Bolsas	0,00
Otros impuestos	0,00
Total impuesto (=)	441.735,56
Total neto factura (=)	2.766.660,00
Descuento Global (-)	0,00
Recargo Global (+)	0,00
Total factura (=)	COP \$ \$ 2.766.660,00

Numero de Autorización: 0

Rango desde: 1 Rango hasta: 55 Vigencia: 2030-11-28



FORMATO DE CLASIFICACION TRIBUTARIA PARA DEPURACION DE RETENCION EN LA FUENTE CONTRATISTAS

28 de noviembre de 2024

Señores
AGENCIA NACIONAL DEL ESPECTRO (ANE)
Ciudad

En virtud de los artículos 126-1, 126-4 y 387 del Estatuto Tributario, me permito efectuar los siguientes pronunciamientos bajo la gravedad de juramento y remitir los respectivos soportes con el fin de que sean aplicados para la depuración de la retención en la fuente aplicable en cada uno de los pagos efectuado sobre el contrato suscrito a mi nombre, así:

CERTIFICACIÓN POR PAGO DE INTERESES O CORRECCIÓN MONETARIA EN PRESTAMOS PARA ADQUISICIÓN DE VIVIENDA:	NO PRESENTO
Estoy remitiendo el certificado expedido por Ingresar Entidad correspondiente al año 2023.	
<i>Si la certificación está a nombre del contratista y conyugue u otro, diligenciar los siguientes campos:</i>	
Teniendo en cuenta que la certificación se emite a mi nombre y el de mi cónyuge/otro tercero, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que los intereses de vivienda certificados se tomaran en las siguientes proporciones y que mi cónyuge/otro tercero solo utilizará o ha aplicado como deducción el porcentaje aquí indicado:	
Aplicar a mi nombre Ingresar Porcentaje % y aplicar al cónyuge/otro tercero Ingresar Porcentaje %	
Soporte:	
<i>Certificación de la entidad bancaria que acredite el pago de los intereses de vivienda de la vigencia anterior con la descripción del(os) titular(es).</i>	

Agencia Nacional del Espectro
Dirección: Calle 93 # 17-45 Piso 4. Bogotá D.C.
Teléfono conmutador: (+57) 60 (1) 6000030
Correo Institucional: contactenos@ane.gov.co

VERSIÓN 3
TRD 130.131.41



CERTIFICACIÓN POR PAGO DE SALUD PREPAGADA O COMPLEMENTARIA: **NO PRESENTO**

Estoy remitiendo la certificación de pago por concepto de salud prepagada o complementaria expedido por **Ingresar Entidad**, de la cual soy titular, correspondiente al año 2023.

Soporte:

Certificación de la entidad de medicina prepagada o complementaria en el que se acredita el pago de este concepto en la vigencia anterior con la descripción de titular y beneficiarios.

CERTIFICACIÓN PARA APORTES VOLUNTARIOS A CUENTAS AFC O AVP: **NO PRESENTO**

Me permito solicitar que sea aplicado un descuento de mis honorarios al momento del pago, con el objeto de efectuar un aporte voluntario a un fondo de pensiones o una cuenta AFC, de la siguiente manera:

Valor del aporte voluntario:	Ingresar Valor
Nro. de cuenta AFC:	Ingresar No. de la Cuenta
Entidad bancaria de la cuenta AFC:	Ingresar Entidad Bancaria
Fondo de pensiones:	Ingresar Nombre del Fondo de Pensiones

El mes y el monto definitivos para aplicar como descuento, será el informado mediante el Formato de Causación y Pago para Contratistas que se radique para el cobro de mis honorarios de forma mensual.

Soporte:

Certificación de la entidad bancaria en el que se acredite la constitución de la cuenta AFC o Certificación de la afiliación al Fondo de Pensiones Voluntarias en el que se acredite la constitución de una cuenta de aporte voluntario.

**CERTIFICADO DE DEPENDIENTES:****SI PRESENTO**

Atentamente me permito manifestar bajo la gravedad de juramento que tengo a la siguiente persona como dependiente, para efectos de que sea disminuida la base de retención en la fuente por los pagos por honorarios efectuados a mi nombre de la siguiente manera:

SANTIAGO MARTINEZ PEINADO identificado con T.I. 1043316333 que es dependiente economicamente y relacionado en la presente declaración como hijo.

MATIAS MARTINEZ GONZALEZ identificado con T.I. 1201266267 que es dependiente economicamente y relacionado en la presente declaración como hijo.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento que **NINGUNA OTRA PERSONA** ha presentado como dependiente a la persona por mi indicada en este documento.

Con el objeto de probar la dependencia económica, el contribuyente suministrará al agente retenedor el siguiente soporte, según el artículo 387 del Estatuto Tributario:

Adjuntar únicamente el o los documentos soporte requeridos para soportar **UN UNICO DEPENDIENTE.**

TIPO DE DEPENDIENTE	SOPORTE POR ENTREGAR
Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años.	Copia del Registro Civil de Nacimiento
TIPO DE DEPENDIENTE	SOPORTE POR ENTREGAR
Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años.	Certificado de educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos	Certificado Medicina de Legal.

Agencia Nacional del Espectro
Dirección: Calle 93 # 17-45 Piso 4. Bogotá D.C.
Teléfono conmutador: (+57) 60 (1) 6000030
Correo Institucional: contactenos@ane.gov.co

VERSIÓN 3
TRD 130.131.41



El cónyuge o compañero 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	Certificado de contador público o certificado de Medicina Legal por dependencia originada en factores físicos o psicológicos.
Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia sean por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT.	Certificado de contador público o certificado de Medicina Legal por dependencia originada en factores físicos o psicológicos.

**PARAGRAFO 3 DEL ARTÍCULO 383 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO:
Seleccionar**

En virtud del parágrafo 3 del artículo 383 del Estatuto Tributario, **NO SOLICITO** la aplicación de una tarifa de retención superior a la determinada en este artículo (Retención por Honorarios del 10% u 11%).

La presente información se entrega en la ciudad de Bogotá a los 28 días del mes de noviembre del año 2025 y aplicara para el periodo noviembre 2025 a diciembre 2025.

Cordialmente,


Firma del contratista

JEAN CARLOS MARTINEZ BUSTOS
7.920.603 de Cartagena
Jeancarlos.martinez@hotmail.com
3005443037

Agencia Nacional del Espectro
Dirección: Calle 93 # 17-45 Piso 4. Bogotá D.C.
Teléfono conmutador: (+57) 60 (1) 6000030
Correo Institucional: contactenos@ane.gov.co

VERSIÓN 3
TRD 130.131.41



CONTROL DE CAMBIOS

VERSIÓN	FECHA	NATURALEZA DE LA MODIFICACIÓN	ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
0	23/03/2023	Publicación o emisión. Este formato incluye y asume lo establecido en el formato: FOR_Certificado y carta remisoría de Documentos para depuración de Retención en la Fuente	Lady Correa Grimaldo	Sully Janneth Pérez Méndez	Sandra Liliana Martínez
1	01/04/2024	Se actualiza formato según manual de marca	Mary Sabogal	Lady Correa Grimaldo	Lady Correa Grimaldo
2	30/04/2024	Se actualiza formato incluyendo cambio de vigencia y añadiendo solicitud de selección de tarifa de honorarios	Mary Sabogal / Odair José Duque	Santiago Peláez Lila Wilches	Lady Correa Grimaldo
3	19/07/2024	Se actualiza por cambio de marca institucional	Mary Sabogal / Odair José Duque	Juan Moreno Lila Wilches	Lady Correa Grimaldo

Agencia Nacional del Espectro
Dirección: Calle 93 # 17-45 Piso 4. Bogotá D.C.
Teléfono conmutador: (+57) 60 (1) 6000030
Correo Institucional: contactenos@ane.gov.co

VERSIÓN 3
TRD 130.131.41

REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1043316333

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial **52910751**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 04	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código C 3 X
--	---	------------------	------------------------------------	--	--	---------------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA

Datos del inscrito

Primer Apellido MARTINEZ			Segundo Apellido FEINADO										
Nombre(s) SANTIAGO													
Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo	Factor RH							
Año	2	0	1	3	Mes	1	0	Día	1	7	MASCULINO	A	POSITIVO.
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)													
COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA													

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERT. DE NACIDO VIVO. CLINICA CARTAGENA DEL MAR.	Número certificado de nacido vivo 12165741_3
--	--

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos FEINADO LOBO CLAUDIA YOHANA	
Documento de identificación (Clase y número) c.c.37.329.482 de OCAÑA	Nacionalidad COLOMBIANA.

Datos del padre

Apellidos y nombres completos MARTINEZ BUSTOS JEAN CARLOS	
Documento de identificación (Clase y número) c.c.7.920.603 de CARTAGENA	Nacionalidad COLOMBIANO.

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos MARTINEZ BUSTOS JEAN CARLOS	
Documento de identificación (Clase y número) c.c.7.920.603 de CARTAGENA	Firma <i>X JEAN C. MARTINEZ BUSTOS</i>

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 3 Mes 1 0 Día 2 1	EVELIA ROSA AYAZO AGUILAR. <i>Evelia Rosa del S</i>
	Nombre y firma

-SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO-

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.043.316.333**

MARTINEZ PEINADO

APELLIDOS

SANTIAGO

NOMBRES

santiago

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO

17-OCT-2013

**CARTAGENA
(BOLIVAR)**

LUGAR DE NACIMIENTO

17-OCT-2031

FECHA DE VENCIMIENTO

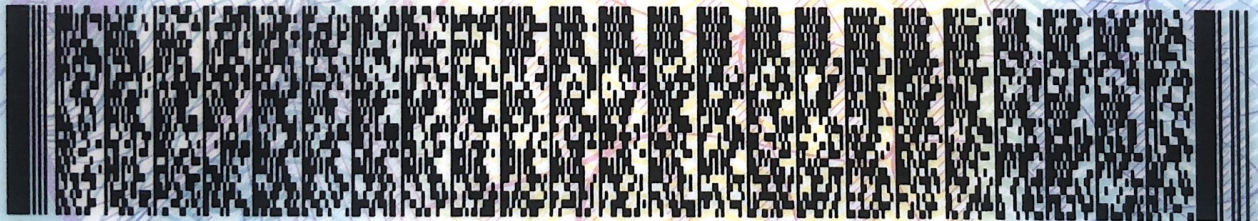
13-OCT-2021 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

A+ M

G S RH SEXO

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0500100-01260651-M-1043316333-20211019

0075809828A 1

8503145651



**REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

57887824

NUIP 2.201.266.267



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número 05 Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código C 4 X

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
NOTARIA 5 CARTAGENA - COLOMBIA - BOLIVAR - CARTAGENA

Datos del inscrito

Primer Apellido **MARTINEZ** Segundo Apellido **GONZALEZ**

Nombre(s) **MATIAS**

Fecha de nacimiento Año 2017 Mes SEP Día 09 Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo Factor RH

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)
COLOMBIA BOLIVAR CARTAGENA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos **CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO** Número certificado de nacido vivo **14275600-5**

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos **GONZALEZ DAZA DAJANNA MILENA**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 1.094.240.949** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos **MARTINEZ BUSTOS JEAN CARLOS**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 7.920.603** Nacionalidad **COLOMBIA**

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **MARTINEZ BUSTOS JEAN CARLOS**

Documento de identificación (Clase y número) **CC 7.920.603** Firma *X Jean C Martinez B*

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción Año 2017 Mes SEP Día 11 Nombre y firma del funcionario que autoriza **OMAIRA E. BENS GOMEZ NOTARIA (E)**

Reconocimiento paterno Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma *X Jean C Martinez B* Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

COPIA PARA DEMOSTRACION PARENTESCO ART. 15 DECRETO 1260 DE 1970

5ta Notaria Quinta de Cartagena

LA NOTARIA QUINTA DEL CIRCULO DE CARTAGENA
CERTIFICA
QUE LA PRESENTE ES FIEL Y EXACTA COPIA TOMADA
DEL ACTA DE REGISTRO QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA.
ESTE REGISTRO TIENE VALIDEZ PERMANENTE

14 SEP 2017

RECIBIDO. _____



NOTARIA QUINTA DE CARTAGENA
REPUBLICA DE COLOMBIA
CIRCULO DE CARTAGENA
RECIBIDO DE LA COPIA SE IDENTIFICO AL INTERESADO

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.201.266.267**

MARTINEZ GONZALEZ

APELLIDOS

MATIAS

NOMBRES

Matias Martinez

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO
CARTAGENA
(BOLIVAR)

09-SEP-2017

LUGAR DE NACIMIENTO
09-SEP-2035

B+ **M**

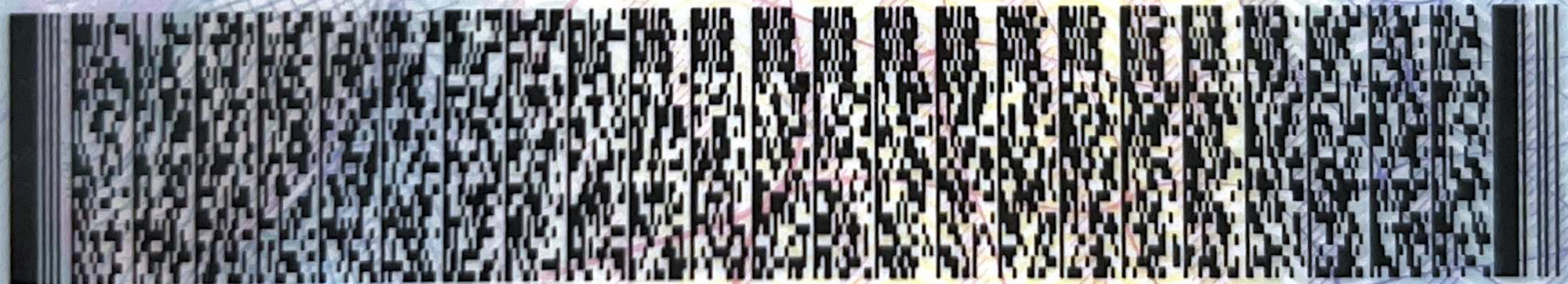
FECHA DE VENCIMIENTO

G S RH SEXO

11-SEP-2024 CARTAGENA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO



P-0500150-01465777-M-1201266267-20240917

0141831742A 1

8512862931