

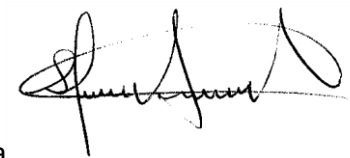
LA TESORERA (E) DE LA CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA

CERTIFICA

Que el señor **ALEJANDRO LOPEZ PINTO**, identificado con cédula de ciudadanía número **1.083.004.977**, quien en desarrollo del **CGR-374-2025**, se encuentra a **PAZ Y SALVO**, por concepto de viáticos y gastos de viaje.

El presente se expide a los 19 días del mes diciembre de 2025

DIANA KATHERINE SANCHEZ CASTELLANOS



Proyecto: Alexander Aguilera

Viáticos de Funcionamiento, Regalías y SIIF Nación

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2025

Nombres y Apellidos: Alejandro Lopez Pinto

Contrato No. : 374-2025

Identificado (a): NIT: CC: CE: Número: 1083004977 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 Artículo 2° Decreto 0099 del 2013

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el 9 del mes de Febrero del año 2026


Firma



CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA DECLARACION JURAMENTADA 2025

Yo, **Alejandro Lopez Pinto**

Contrato N° 374-2025

Identificado (a): NIT: C.C.: C.E.: Número: **1.083.004.977** D.V.

Celular: **3004836505**

Dirección: **Calle 57 # 36a-69**

Correo Electrónico: **alejandrol24@hotmail.com**

En mi calidad de:

Persona Jurídica Persona Natural

Percibí en el año 2024 ingresos superiores a 1.400 UVT's ó \$65.891.000 de pesos, SI NO soy DECLARANTE DE RENTA

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

De acuerdo a lo 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 (Únicamente si en su RUT tiene la responsabilidad fiscal 47)

SI

NO

Para tal efecto adjunto:

PLANILLA N° **9495647553** MES COTIZACION **Noviembre** FECHA DE PAGO **18/12/2025**

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	SALUD	PENSION	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	SANITAS	PORVENIR	POSITIVA
VALOR SIN INTERESES*	\$ 250.000	\$ 320.000	\$ 10.500

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 Deduciones del Artículo 387 del E.T.

b) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 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 artículo 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 artículo 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 Dedución de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Artículo 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 **9** días del mes, de **Febrero** del año **2026**

Firma

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083004977		LOPEZ PINTO ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 145 #7b 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3004837505	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	48583395	9497366594	I	2026/01/21	2026/02/09	BANCOLOMBIA	19	\$587,500

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)					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0
1	CC 1083004977	LOPEZ ALEJANDRO	230301	30	\$2,000,000	\$320,000	EPS005	30	\$2,000,000	\$250,000	0		\$0	\$0	14-23	30	\$2,000,000	\$10,500	0	\$0	\$0
Total	Afiliados (1)				\$2,000,000	\$320,000			\$2,000,000	\$250,000			\$0	\$0			\$2,000,000	\$10,500		\$0	\$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1083004977		LOPEZ PINTO ALEJANDRO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 145 #7b 12	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3004837505	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2025-12	48583395	9497366594	I	2026/01/21	2026/02/09	BANCOLOMBIA	19	\$587,500

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$320,000	\$3,800	\$0	\$323,800	
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$320,000	\$3,800	\$0	\$323,800	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$10,500	\$200	\$0	\$10,700	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$10,500	\$200	\$0	\$10,700	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$250,000	\$3,000	\$0	\$253,000	
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$250,000	\$3,000	\$0	\$253,000	
TOTAL				1	\$580,500	\$7,000	\$0	\$587,500	

ANEXO DECLARACIÓN JURAMENTADA 2025

Nombres y Apellidos: Alejandro Lopez Pinto

Contrato No. : 374-2025

Identificado (a): NIT: CC: CE: Número: 1083004977 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 Artículo 2° Decreto 0099 del 2013

Tipo de Doc.	No. De Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco

La anterior se firma el 9 del mes de Febrero del año 2026


Firma



CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA DECLARACION JURAMENTADA 2025

Yo, **Alejandro Lopez Pinto**

Contrato N° 374-2025

Identificado (a):	NIT: <input type="checkbox"/>	C.C.: <input checked="" type="checkbox"/>	C.E.: <input type="checkbox"/>	Número:	1.083.004.977 D.V.
-------------------	-------------------------------	---	--------------------------------	---------	--------------------

Celular: **3004836505**

Dirección: **Calle 57 # 36a-69**

Correo Electrónico: alejandrol24@hotmail.com

En mi calidad de: Persona Jurídica Persona Natural

Percibí en el año 2024 ingresos superiores a 1.400 UVT's ó \$65.891.000 de pesos, SI NO soy DECLARANTE DE RENTA

1. Declaro bajo la gravedad de juramento que:

De acuerdo a lo 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 <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
Declaro que estoy inscrito en el Régimen Simple de Tributación (Únicamente si en su RUT tiene la responsabilidad fiscal 47)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

Para tal efecto adjunto:

PLANILLA N° 9497366594 MES COTIZACION Diciembre FECHA DE PAGO 09/02/2026

ANEXAR SOPORTE DE PAGO

RESUMEN DE LA PLANILLA

CONCEPTO	SALUD	PENSION	A.R.L
NOMBRE ENTIDAD	SANITAS	PORVENIR	POSITIVA
VALOR SIN INTERESES*	\$ 250.000	\$ 320.000	\$ 10.500

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 <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
---	-----------------------------	--

2. Solicitud Deduciones del Artículo 387 del E.T.

b) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. solicito <u>deducción por Dependientes</u> a mi cargo de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
c) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T., solicito <u>deducción por intereses de vivienda (pagados en el año inmediatamente anterior)</u> de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad que financia el crédito.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>
d) Que de acuerdo a lo establecido en artículo 387 del E.T. solicito <u>deducción pagos por salud (medicina prepagada, plan complementario, poliza de salud (pagados vigencia inmediatamente anterior)</u> de acuerdo a lo relacionado en el Anexo 1 respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

3. Solicitud Dedución de Rentas Exentas - Aportes Voluntarios

Acogiéndome al beneficio del Artículo 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 **9** días del mes de **Febrero** del año **2026**

Firma