IPSE	CUENTA DE COBRO CONTRATISTAS PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código	Versión
		IPSE-GF-10	2
		Fecha	Paginas
		8/07/2024	1

BOGOTÁ D.C: Fecha: 06-03-2026 13:26:08

INSTITUTO DE PLANIFICACION Y PROMOCION DE SOLUCIONES ENERGETICAS PARA LAS ZONAS NO INTERCONECTADAS – IPSE

NIT: 899.999.048-2

Al contestar cite Radicado 202613300011053

CUENTA DE COBRO NO. 01

ADEUDA A (NOMBRE):	**CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO**
CONTRATO No.:	**142-2026**
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GESTIÓN CONTABLE Y DE REGISTRO DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE PROPIEDAD DEL IPSE EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES ENERGÉTICAS SOSTENIBLES, CON ÉNFASIS EN FUENTES NO CONVENCIONALES DE ENERGÍA RENOVABLE EN EL TERRITORIO NACIONAL
PERIODO DE COBRO:	**Desde 29-01-2026 hasta 31-01-2026**
VALOR DE COBRO:	**DOS MILLONES SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS MCTE ($2.066.670)**

CUENTA BANCARIA BANCO: DAVIVIENDA **AHORROS: X** **CORRIENTE** **No. CUENTA: 488403620294**

DEPÓSITO ELECTRÓNICO **CUAL: _____** **No. _____**



FIRMA:
NOMBRE: CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO
CC: 1.075.243.643 de Neiva
CELULAR: 315-698-5910
DIRECCIÓN: CALLE 127C # 3-81 T3 APTO. 406

El Instituto de Planificación y Promoción de Soluciones Energéticas para las Zonas No Interconectadas-IPSE, con domicilio en la ciudad de Bogotá D.C., es Responsable del Tratamiento de los datos personales suministrados en el presente formato, los cuales serán incorporados a nuestras bases de datos y archivos automatizados y/o manuales, para ser tratados en cumplimiento de las finalidades debidamente consentidas y descritas en nuestra política de tratamiento de información personal, la cual podrá consultar en nuestra página web

Nota: Los topes que puede tener y transferir en las billeteras digitales de Nequi y Daviplata son de $ 8.927.726, es decir, 210.50 UVT (según el Decreto 2642 de 2022).

Bogotá, D.C. 6/03/2026

Supervisor del contrato, convenio u orden No. 142-2026 de fecha (27/01/2026)	EXPEDIENTE: 2922
	FECHA INICIO: 29/01/2026
	FECHA FINAL: 30/10/2026
	VALOR MENSUAL: $6.200.000

Objeto: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GESTIÓN CONTABLE Y DE REGISTRO DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE PROPIEDAD DEL IPSE EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES ENERGÉTICAS SOSTENIBLES, CON ÉNFASIS EN FUENTES NO CONVENCIONALES DE ENERGÍA RENOVABLE EN EL TERRITORIO NACIONAL

CERTIFICA:

Que el contratista: CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO

Identificado con **NIT** o **C.C**. Nº: 1075243643

Cumplió con las obligaciones establecidas en el contrato para el pago del periodo comprendido entre **(29/01/2026)** y el **(31/01/2026)**.
Por lo tanto, certifico que recibí a satisfacción los bienes y/o servicios pactados contractualmente y verifiqué que todos los requisitos necesarios para el pago fueron cumplidos.

Teniendo en cuenta lo anterior y en cumplimiento de la FORMA DE PAGO del contrato, convenio u orden, **AUTORIZO y ORDENO** proceder con el pago (o giro) **No. 01** correspondiente a la suma de: **DOS MILLONES SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SETENTA PESOS MCTE ($2.066.670)**, y el pago del gravamen al movimiento financiero si aplica.

El pago de acuerdo con lo solicitado por el contratista en la cuenta de cobro/factura o documento equivalente con los soportes, debe ser abonado en la cuenta bancaria: Ahorros ☑ Corriente ☐ No: **488403620294** del Banco **DAVIVIENDA ENDOSO** SI ☐, NO ☑, Tercero_____, NIT_____

El valor a pagar se debe afectar presupuestalmente de la siguiente manera:

Nº de certificado de disponibilidad presupuestal (CDP)	Nº Certificado de Registro Presupuestal (CRP)	FUENTE DE RECURSOS (Propios y/o nación)	RUBRO PRESUPUESTAL	VALOR A PAGAR
4426	**21426**	**NACIÓN**	**C-2102-1900-9-40301A-2102008-02**	**$2.066.670**

Nota: La fuente, el rubro presupuestal, el No. del CDP y el No del CRP, se pueden ver en el certificado de registro presupuestal (CRP). Además, puede(n) apoyarse en el contrato, convenio u orden y el estudio previo. En consecuencia, es de responsabilidad de los supervisores establecer y llevar un control de la ejecución por fuente y concepto a medida que se genera, certifica y tramita cada una de las certificaciones y autorizaciones de pago.

El consolidado de pagos del contrato, convenio u orden es el siguiente:

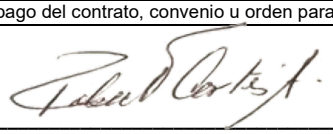
Valor inicial del contrato, convenio u orden	**$ 57.866.670**
(+) Adición y/o (-) Reducción	
(-) Valores pagados del contrato, convenio u orden a la fecha	
= Subtotal del contrato a la fecha	**$ 57.866.670**
(-) Valor a pagar en este periodo	$ 2.066.670
= Total Contrato después de este pago	**$ 55.800.000**

El Régimen tributario del contratista es:
No responsable de IVA ☑ Responsable de IVA ☐ Régimen Simple de Tributación ☐ Gran Contribuyente ☐

Pagos a seguridad Personas naturales:
El supervisor del contrato certifica que para el presente pago se verificaron y constataron por el o los mes (es), **ENERO** los aportes (**sin incluir mora**) efectuados por el contratista por concepto de **salud $103.400**, **pensión $132.300**, **ARL $4.400**, basados en el 40% de los ingresos del respectivo mes, del presente contrato de acuerdo con lo establecido en la Ley 789/2002 y el Decreto 1703/2002, según lo relacionado en el numeral 5 del presente informe y además de haber sido liquidados los aportes de acuerdo con los artículos 3,4 y 5 de la Ley 797 de 2003, el Decreto. 510 de 2003 y la Circular Conjunta Nº 001 del Min. de la Protección Social y Ministerio de Hacienda (Soporte Planilla de Pago).

ARL Riesgo V -En consideración a que las actividades que desarrolla el contratista, se clasifica en riesgo V, para dar cumplimiento al Decreto 723 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, la entidad debe hacer el pago de ARL. Si ☐ No ☑

El suscrito supervisor del presente contrato certifica que para el pago del periodo correspondiente se han revisado los documentos en original, los cuales se encuentran en el sistema de gestión documental en el respectivo expediente contractual y se aprueban los siguientes documentos:		**Anexa**
1.	Informe de actividades del periodo y soportes	☑
2.	Factura	☐
3.	Cuenta de cobro y/o documento equivalente	☑
4.	Soporte de aportes al Sistema General de Seguridad Social (persona natural)	☑
5.	Certificado de pagos a seguridad social y parafiscal firmado Revisor Fiscal y /o Representante Legal (persona jurídica)	☐
6.	Comprobante de Ingreso y Salida de Almacén (Si aplica)	☐
7.	Documentos adicionales requeridos en la forma de pago del contrato, convenio u orden para el presente pago	☐



FIRMA
Nombres y apellidos del supervisor: ROBERTO CARLOS CORTÉS ARÉVALO
Cargo: Profesional Especializado Código 2028 Grado 15
NOTA: EL SUPERVISOR CERTIFICA QUE EL PRESENTE DOCUMENTO ES FIRMADO EN ORIGINAL PARA REALIZAR EL RESPECTIVO TRÁMITE DE AUTORIZACION Y ORDENACIÓN DE PAGO O GIRO.

MES	PERIODO PAGADO	VALOR CONTRATO	VALOR PAGADO	SALDO DEL CONTRATO
VALOR CONTRATO 142-2026		$ 57,866,670		
ENERO	ene-26		$ 2,066,670	$ 55,800,000

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.:					**142**	Del Año:	**2026**	
CONTRATISTA:	**CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO**				**C.C./ C.E. No.:**	**1.075.243.643**		
PERIODO DEL INFORME:	**Desde:**	**29**	**01**	**2026**	**Hasta:**	**31**	**01**	**2026**
		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

1. INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

OBJETO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN LA GESTIÓN CONTABLE Y DE REGISTRO DE LOS BIENES MUEBLES E INMUEBLES DE PROPIEDAD DEL IPSE EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES ENERGÉTICAS SOSTENIBLES, CON ÉNFASIS EN FUENTES NO CONVENCIONALES DE ENERGÍA RENOVABLE EN EL TERRITORIO NACIONAL								
Fecha de inicio	29	01	2026		**Fecha de terminación**	30	10	2026
	Día	Mes	Año			Día	Mes	Año

1.1. ANÁLISIS DE RIESGOS

1.Riesgos	2.Responsable	3.Materializado Si/No	4.Plan de acción
No. 1: Ocurre cuando se presentan retrasos o incumplimientos en la entrega de los informes y/o productos a cargo del contratista, o cuando los mismos no corresponden a lo mínimo solicitado en el estudio previo.	Contratista	No	N/A
No. 2: Ocurre cuando se presentan demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista.	IPSE	No	N/A
No. 3: Mala calidad en el servicio.	Contratista	No	N/A
No. 4: Riesgo biológico y afectación a la salud de personal en campo por exposición a virus, bacterias, hongos, parásitos y enfermedades de tipo tropical y selvático, además de las relacionadas a la emergencia.	Contratista	No	N/A

2. DETALLE DE LA EJECUCIÓN

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.:					**142**	Del Año:	**2026**	
CONTRATISTA:	**CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO**				**C.C./ C.E. No.:**	**1.075.243.643**		
PERIODO DEL INFORME:	**Desde:**	**29**	**01**	**2026**	**Hasta:**	**31**	**01**	**2026**
		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

No.	OBLIGACIÓN ESPECÍFICA	ACTIVIDADES EJECUTADAS	AVANCE/ ESTADO DE EJECUCIÓN
1	Verificar y consolidar el listado de bienes eléctricos en bodega y devolutivos a dar de baja que, por su estado físico, obsolescencia o desuso, no los requiere el IPSE para su misionalidad.	A lo largo del mes de enero no se llevó a cabo esta actividad	**0%**
2	Apoyar en la consolidación del listado de bienes dados de baja que se pretenden subastar a través del Martillo y gestionar todo lo relacionado hasta el cierre de la subasta y entrega de los bienes subastados.	A lo largo del mes de enero no se llevó a cabo esta actividad.	**0%**
3	Apoyar en el registro de movimientos (entradas, salidas, reintegros, traslados, bajas) en el sistema de control de inventario de los bienes eléctricos que sean solicitados por las diferentes áreas de la entidad.	En enero se llevó a cabo la baja en el SICOF de los bienes eléctricos dispuestos en la bodega de Soacha y devolutivos ubicados en las sedes de Soacha y Av. Primera aprobados por el comité de activos para ser dados de baja mediante resolución N°. 00000247 de fecha 10-12-2025. Adicionalmente, llevé a cabo la baja de los bienes eléctricos solicitados en los conceptos técnicos entregados por el contratista 085-2019 los cuales estaban pendientes de hacer los ajustes en el sistema de control de inventarios SICOF, en atención al proceso de actualización de activos eléctricos.	**3,6%**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.:					**142**	Del Año:	**2026**	
CONTRATISTA:	**CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO**				**C.C./ C.E. No.:**	**1.075.243.643**		
PERIODO DEL INFORME:	**Desde:**	**29**	**01**	**2026**	**Hasta:**	**31**	**01**	**2026**
		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

No.	OBLIGACIÓN ESPECÍFICA	ACTIVIDADES EJECUTADAS	AVANCE/ ESTADO DE EJECUCIÓN
4	Apoyar el cierre mensual de almacén, realizando el cierre del periodo en el sistema de control de inventarios generando los informes con su respectivo análisis, que serán remitidos a financiera.	Apoyé el cierre del mes de diciembre, imprimí los reportes del sistema y proyecté el memorando de cierre al Grupo de Recursos Financieros.	**3,6%**
5	Apoyar en la conciliación de los periodos cerrados entre contabilidad y almacén.	A lo largo del mes de enero no se llevó a cabo esta actividad.	**0%**
6	Apoyar con el registro de los bienes eléctricos que ingresan a contratos AOM, comodato, convenio u otros, garantizando la actualización de la información de dichos contratos en la base de datos de control de inventarios.	En el mes de enero no se registraron bienes eléctricos entregados en contratos de AOM; sin embargo, se actualizaron las observaciones por archivos planos en la consulta de activos del sistema - SICOF de los bienes registrados en el Grupo 217.	**3,6%**
7	Realizar la verificación de los bienes eléctricos registrados en el sistema de control de inventarios al cierre de cada periodo, a fin de garantizar que las cuentas, los grupos, la vida útil y la depreciación estén acorde con la política contable de la entidad y realizar los ajustes que correspondan.	A lo largo del mes de enero no se llevó a cabo esta actividad.	**0%**
8	Realizar cruce de las bases de datos contable del sistema de control de inventarios a fin de generar datos, que permitan emitir reportes con información certera para responder a las solicitudes de las diferentes áreas del IPSE, al igual que de entidades o personas externas.	A lo largo del mes de enero no se llevó a cabo esta actividad.	**0%**

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.:					**142**	Del Año:		**2026**
CONTRATISTA:	**CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO**				**C.C./ C.E. No.:**	**1.075.243.643**		
PERIODO DEL INFORME:	**Desde:**	**29**	**01**	**2026**	**Hasta:**	**31**	**01**	**2026**
		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

No.	OBLIGACIÓN ESPECÍFICA	ACTIVIDADES EJECUTADAS	AVANCE/ ESTADO DE EJECUCIÓN
9	Apoyar en la realización del inventario físico de los bienes eléctricos en bodega y devolutivos que registran en la propiedad, planta y equipo en el sistema de control de inventario de la entidad.	A lo largo del mes de enero no se llevó a cabo esta actividad.	**0%**
10	Participar en las reuniones que se requieran para el desarrollo contractual o que se encuentren relacionadas con aquel.	"Cierres almacén"; 06-01-2026; Roberto Carlos Cortes Arévalo. "Revisión Movimientos Pdtes"; 13-01-2026; Roberto Carlos Cortes Arévalo. "Cierre Diciembre"; 15-01-2026; Roberto Carlos Cortes Arévalo. "Socialización Conciliación Contable Enero-Mayo 2025"; Roberto Carlos Cortes Arévalo. "Revisión cierre diciembre 2025"; 21-01-2026; Roberto Carlos Cortes Arévalo. "Revisión saldos almacén Dic 2025; 30-10-2026; Vianis Ospino Ramírez.	**3,6%**
11	Las demás que se consideren pertinentes y que se encuentren relacionados con el objeto contractual pactado.	A lo largo del mes de enero no se llevó a cabo esta actividad.	**0%**

3. PRODUCTOS ENTREGADOS (En caso de haber sido pactados)

1	Baja de bienes eléctricos: BAJA ELÉCTRICOS - OneDrive
2	Baja de bienes devolutivos: BAJA DEVOLUTIVOS - OneDrive

CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.:					142	Del Año:		2026
CONTRATISTA:	CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO				C.C./ C.E. No.:	1.075.243.643		
PERIODO DEL INFORME:	Desde:	29	01	2026	Hasta:	31	01	2026
		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año

3	Reportes del cierre de diciembre 2025: CIERRE DIC 2025 - OneDrive
4	Ajuste observación bienes en AOM registrados en el Grupo 217 AJUSTES BIENES REGISTRADOS EN AOM - OneDrive

En constancia de lo anterior, se firma el presente informe el 06 de marzo de 2026.

Firma Contratista

Nombre: CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO

Vo.Bo. Supervisor y/o interventor

Nombre: ROBERTO CARLOS CORTÉS ARÉVALO

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1075243643	CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO	CALLE 127C # 3-81 EDF. ALTOS DEL CERRO T 2APTO 406	3156985910	carlos_vargas_pulido@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	25/02/2026	57354323	$34.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	14.600	0		0		0	14	200	0	14.800	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	18.700	0	0	0	0	14	200	0	18.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	700				700	14	100	800			7	800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	14	0	0	0
ICBF				
0	14	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	14.600	14.800
Pensión	1	18.700	18.900
Riesgos Laborales	1	700	800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	34.000	34.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE APORTANTE**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**CORREO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
CC	1075243643	CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO	CALLE 127C # 3-81 EDF. ALTOS DEL CERRO T 2APTO 406	3156985910	carlos_vargas_pulido@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	**FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)**	**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)**	**NÚMERO PLANILLA**	**CANTIDAD**	
					EMPLEADOS	**UPC**
					1	0
PERIODO SALUD	**PERIODO PENSIONES**				**TOTAL A PAGAR**	
2026-01	2026-01	I	25/02/2026	57354323	$34.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	**Tipo**	**No. de Identificación**	**Apellidos y Nombres**	**Cotizante**	**Subtipo**	**Extranjero**	**Colom. exterior**	**Estornado**	**ING**	**RET**	**TDE**	**TAE**	**TDP**	**TAP**	**VSP**	**VST**	**SLN**	**IGE**	**LMA**	**VAC**	**AVP**	**VCT**	**IRL**	**CORRECCIÓN**	**Cód. AFP**	**IBC AFP**	**Cotización**	**Voluntario Afiliado**	**Voluntario Aportante**	**Fondo pensional de solidaridad**	**Fondo pensional de subsistencia**	**Cód. EPS**	**IBC EPS**	**Cotización / Valor UPC**	**Cód. ARL**	**IBC ARL**	**Clase de Riesgo**	**Cotización**	**Código CCF**	**IBC CCF**	**Aporte CCF**	**IBC otros parafiscales**	**Aporte SENA**	**Aporte ICBF**	**Aporte ESAP**	**Aporte MEN**
1	CC	1075243643	VARGAS PULIDO CARLOS ALBERTO	57	0			N	X																230301	116.727	18.700	0	0	0	0	EPS005	116.727	14.600	14-23	116.727	1	700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1075243643	CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO	CALLE 127C # 3-81 EDF. ALTOS DEL	3156985910	carlos_vargas_pulido@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
57354323	25/02/2026	62332610	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	N	$0	$208.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	88.800	0		0		0	20	1.200	0	90.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	113.600	0	0	0	0	20	1.500	0	115.100	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	3.700				3.700	20	100	3.800			37	3.800	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	20	0	0	0
ICBF				
0	20	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	88.800	90.000
Pensión	1	113.600	115.100
Riesgos Laborales	1	3.700	3.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	206.100	208.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1075243643	CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO	CALLE 127C # 3-81 EDF. ALTOS DEL	3156985910	carlos_vargas_pulido@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
57354323	25/02/2026	62332610	03/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	N	$0	$208.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1075243643	VARGAS PULIDO CARLOS ALBERTO	57	0			N	X																230301	826.668	2	132.300	0	0	0	0	EPS005	826.668	2	103.400	14-23	826.668	2	1	4.400		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

CERTIFICADO DE APORTES AL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

La empresa **CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO**, identificada con **CC** número **1075243643**, aportó por **CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO** identificado(a) con **CC** número **1075243643** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 01 - 2026 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	CORRECIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APORTE	COTIZACIÓN Y/O APORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
230301	Porvenir	57	X														0		2	$116,727	0.16000	$18,700	$0	$0	Enero - 2026	57354323	25/02/2026	NO
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57	X														0		2	$116,727	0.00522	$700	$0	$0	Enero - 2026	57354323	25/02/2026	NO
EPS005	Sanitas EPS	57	X														0		2	$116,727	0.12500	$14,600	$0	$0	Enero - 2026	57354323	25/02/2026	NO

PAGADA

El presente certificado se expide a los **25** días del mes **Febrero** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141159203057

(415)7707212489984(8020) 000014115920305 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 7 5 2 4 3 6 4 3	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 7 5 2 4 3 6 4 3	

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Huila 4 1	Neiva 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VARGAS	PULIDO	CARLOS	ALBERTO

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 127 C 3 81 TO 3 AP 406 ALTOS DEL CERRO BRR SAN GABRIEL NORTE

42. Correo electrónico cvargas030490@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 6 9 8 5 9 1 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
6 9 2 0	2 0 1 2 0 4 0 2	0 0 1 0	2 0 2 5 0 1 1 3			

Ocupación

51. Código	52. Número establecimientos
2 4 1 3	

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	5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
22- Obligado a cumplir deberes formales a
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

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 VARGAS PULIDO CARLOS ALBERTO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

CERTIFICADO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA 2026

Señores:
INSTITUTO DE PLANIFICACIÓN Y PROMOCIÓN DE SOLUCIONES ENERGÉTICAS PARA LAS ZNI
Ciudad

Para efectos de los requisitos de índole tributaria contemplados en la ley 2277 del 13 de diciembre de 2022, que debo acreditar ante la entidad; manifiesto **bajo gravedad juramento** que:

1. Yo, **CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **1.075.243.643**, dando cumplimiento a lo establecido por el artículo 383 del Estatuto Tributario, como persona actualmente residente en Colombia certifico que:

- Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos no requieran la utilización de materiales, insumos, maquinaria o equipo especializado, por cuenta y riesgo propio en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de mis ingresos percibidos en el periodo fiscal, razón por la cual PERTENEZCO A LA CATEGORIA DE EMPLEADO.
  SI X NO____

- He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad, por un periodo igual o superior a noventa (90) días continuos o discontinuos.
  SI____ NO X

2. Para la aplicación de la Retención en la Fuente de que trata la Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022, y teniendo en cuenta que el Valor del UVT para el 2025, me permito:

- Certificar Que Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios durante el año 2025 mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales, como no laborales) fueron iguales o superiores a 1.400 UVT o mi patrimonio bruto fue de 4500 UVT correspondiente al 2025
  SI X NO___

3. De acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, para efectos de disminución en la Retención en la fuente informo que:

- Intereses de Vivienda o Leasing habitacional

  SI____ NO X Valor anual $_____
  Anexar Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior

  El crédito ha sido otorgado a varias personas. Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8) _____

  El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues. Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8)
  _____

- Pagos por salud (Medicina Prepagada):

  SI____ NO X Valor Anual $_____

  Anexar Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

- Aporte Cuentas AFC

  SI____ NO X Valor Mensual $_____

  Anexar Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta.

- Aportes voluntarios a Pensión (AFP)

  SI____ NO X Valor Mensual$_____

  Anexar Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

4. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí:

   Tengo personas dependientes: **SI____ NO_X__**

No. Identificación	Nombre Completo	Parentesco	Edad

Adjuntar registro civil (acreditar parentesco), certificado de estudio, certificado por contador público o certificado por medicina legal (Anexar soportes según el caso).

   Declaro que mi cónyuge, **N/A** identificado (a) con la C.C. No. **N/A NO** ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

6. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados**. *"(…) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la **obligación** de **aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS**, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (…)"*, por consiguiente:

   - Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que**: SI ___ NO X** estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.

   - Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES

1.			
2.			
3.			

***Nota**: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.*

Certifico que los documentos soporte que presento del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión, ARL y voluntarios AFC, pagos por salud, intereses de vivienda o costo financiero de Leasing habitacional, deducción de dependientes, cumplen con los requisitos de monto y periodicidad establecidos en las normas vigentes y que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en **la declaración de renta** del año gravable 2025, para la actividad o servicio de

_____

[X] NO tomaré costos o deducciones (se aplica retención en la fuente de acuerdo al art. 383 del ET.)
[ ] SI tomaré costos o deducciones (se aplica retención en la fuente de acuerdo con el art. 392 del E.T: 4%, 6%, 10% ó 11% respectivamente)

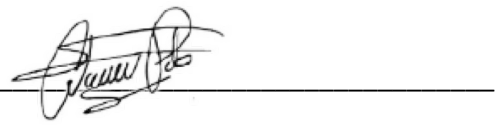
La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del 1.2.4.1.17 del Decreto Único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta externa del 25% sobre operaciones que tienen el tratamiento tributario de pagos laborales.

De igual forma manifiesto que por el año gravable 2026:

[X] NO pertenezco al Régimen Simple
[ ] SI pertenezco al Régimen Simple, por lo que se adjunta el RUT vigente, actualizado con la responsabilidad 47.

En constancia de lo anterior firmo en Bogotá, a los 07 días del mes de enero de 2026.

Atentamente,



_____

Firma
Nombres Completos: CARLOS ALBERTO VARGAS PULIDO
C.C. No. 1.075.243.643
Tel – Cel. 315-698-5910
Dirección de correspondencia: Calle 127C #3-81 T3 Apto. 406 Altos del Cerro

(Recuerde que se debe actualizar las diferentes certificaciones después del 31 de marzo de cada año y actualizaciones pertinentes del RUT).