

Bogotá D.C.
23 de marzo de 2026

Señores
AGENCIA NACIONAL DE HIDROCARBUROS - ANH
Avenida Calle 26 No. 59-65 Piso 2
Bogotá D.C.

Asunto: Solicitud de pago de factura/cuenta de cobro por concepto de prestación de servicios del periodo enero del Contrato 406 de 2026, para el pago No. 02 de 11

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

ID	DOCUMENTOS ALLEGADOS PARA EL PAGO	ADJUNTA (SI/NO)
1.	Factura / Cuenta de cobro # 1	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) https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/	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,



Firma del contratista

DANIEL FELIPE GARCÍA ROCHA

CC. 1.032.495.847 de Bogotá D.C

Cra 52 44ª 17

3007486609

danielfgarcir@gmail.com

Anexos: Se anexa lo anunciado en 8 folios.

Copias: JORGE EDISSON SANABRIA GONZALEZ/ Supervisor contrato 406 de 2026

23 DE MARZO DE 2026

CUENTA DE COBRO NO.2

AGENCIA NACIONAL DE HIDROCARBUROS - ANH

NIT. 830.127.607-8

DEBE A:

DANIEL FELIPE GARCÍA ROCHA

CC. 1.032.495.847 de Bogotá D.C.

LA SUMA DE: TRES MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE (\$3.400.000)

Por el concepto de los días laborados entre el 01 al 28 de FEBRERO de 2026, en el desarrollo de actividades relacionadas en el contrato 406 de 2026.

FAVOR CONSIGNAR EN LA CUENTA DE AHORROS BANCO LULOBANK CON EL NÚMERO 739677174001 A NOMBRE DE DANIEL FELIPE GARCÍA ROCHA

Número de Planilla: 53871557



DANIEL FELIPE GARCÍA ROCHA

CC. 1.032.495.847 de Bogotá D.C.

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: **DANIEL FELIPE GARCÍA ROCHA**

Documento de identidad: **C.C. 1.032.495.847**

Régimen del Impuesto a las Ventas al que pertenece:

48 - Responsable de IVA

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

49 - No responsable de IVA

Mes o periodo al que pertenece la Certificación: **FEBRERO**

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 0%.


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° 406 de 2026 así:

Número de planilla:	70307494
Aporte salud	\$220.900
Aporte pensión	\$282.800
Aporte ARL	\$9.300

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.

Se expide en Bogotá, a los 23 días del mes de MARZO de 2026.


DANIEL FELIPE GARCÍA ROCHA
C.C. 1.032.495.847 de Bogotá D.C.
Celular: 3007486609
Dirección: Cra 52 44ª 17, Bogotá D.C.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032495847	DANIEL FELIPE GARCIA ROCHA		Carrera 52 No. 44a-17 - A301	3007486609	danielfgarcir@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70307494	25/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,750,905	\$548.500	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	14	2.000	0	220.900	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	
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	14	2.600	0	282.800	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	9.200				9.200	14	100	9.300			92	9.300	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	
CCF21	Cafam	860013570-3	35.100	14	400	35.500	1	

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	218.900	220.900
Pensión	1	280.200	282.800
Riesgos Laborales	1	9.200	9.300
CCF	1	35.100	35.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	543.400	548.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1032495847	DANIEL FELIPE GARCIA ROCHA		Carrera 52 No. 44a-17 - A301	3007486609	danielfgarcir@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		70307494	25/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	\$1,750,905	\$548.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES															
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Subleigo	Extranjero	Colom. anterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VP	SN	ISE	LMA	VAC	APP	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 1032495847	GARCIA ROCHA DANIEL FELIPE		59	0			N																25-14	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-23	1.750.905	30	1	9.200	CCF21	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

DEPURACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE				
IDENTIFICACIÓN				
NOMBRES Y APELLIDOS	DANIEL FELIPE GARCÍA ROCHA			
No. IDENTIFICACIÓN	1.032.495.847			
1. CREDITO DE VIVIENDA				
a. ¿Paga intereses por créditos de vivienda?	SI		NO	X
b. ¿Adjunta certificación?	SI		NO	X
c. ¿Crédito Compartido?	SI		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.				
% que le corresponde				
2. PAGOS DE SALUD				
¿Realiza Aportes a Salud, de acuerdo al artículo 387 numeral a y b del E.T.?	SI		NO	X
3. DEPENDIENTES				
¿Tiene usted alguno de los siguientes DEPENDIENTES, definido en el artículo 387 – Parág. 2 del Estatuto Tributario?				
1. Hijos menores de 18 años. (adjuntar registro civil)				X
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)				
*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
MATÍAS GARCÍA FERNÁNDEZ	TI	1.150.188.555	9	HIJO
EMMANUEL GARCÍA FERNÁNDEZ	RC	1.015.002.666	0	HIJO
La anterior se firma el día 23 del mes de MARZO del año 2026				
			Firma	
			CC No. 1.032.495.847	
			*Se firma bajo la gravedad de Juramento	

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.150.188.555**
GARCIA FERNANDEZ

APELLIDOS
MATIAS

NOMBRES

Matias
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **24-NOV-2016**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

24-NOV-2034
FECHA DE VENCIMIENTO

A+ **M**
G S RH SEXO

11-ENE-2024 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO



P-1500150-01411431-M-1150188555-20240111 0138185231A 1 8510566797



REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial

62550155

NUIP 1015002666

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [] Notaría [X] Número [] Consulado [] Corregimiento [] Inspección de Policía [] Código A 3 J

Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 64 BOGOTA DC

Datos del inscrito

Primer Apellido GARCIA Segundo Apellido FERNANDEZ

Nombre(s) EMMANUEL

Fecha de nacimiento Año 2025 Mes SEP Día 08 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo B Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección) COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 25096510300486

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

Apellidos y nombres completos FERNANDEZ RODRIGUEZ MARIA PAULA

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1140887110 Nacionalidad COLOMBIA

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

Apellidos y nombres completos GARCIA ROCHA DANIEL FELIPE

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1032495847 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos GARCIA ROCHA DANIEL FELIPE

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1032495847 Firma [Firma]

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 2025 Mes SEP Día 17

Nombre y firma del funcionario que autoriza

LUIS FERNANDO QUINTERO FACUNDO [Firma]

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

[Firma]

LUIS FERNANDO QUINTERO FACUNDO

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: LIBRO DE VARIOS TOMO 85 FOLIO 216; 17/09/2025



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

PARA ACREDITAR PARENTESCO

Que el presente registro es fiel y autentica copia de su original que aparece inscrito al indicativo serial Numero 62550155 de esta Notaria, EXPEDIDO PARA ACREDITAR PARENTESCO; la copia del registro civil tendrá plena validez para todos los efectos. Este registro por regla no tiene fecha de vencimiento (art. 2 Dcto 2189/93), Art. 115, Decreto 1260 de 1970.

SE EXPIDE EN BOGOTÁ A LOS 17 SEP. 2025

SE EXPIDE A SOLICITUD DE: INSCRITO(A): MADRE: PADRE: AUTORIZADO(A): OTRO



LUIS FERNANDO QUINTERO FACUNDO
NOTARIA SESENTA Y CUATRO (64) DEL CIRCULO DE BOGOTÁ