

Bogotá, D.C, 01 de mayo de 2026

Señores

AGENCIA NACIONAL DE HIDROCARBUROS - ANH

Avenida Calle 26 No. 59-65 Piso 2

Ciudad

Asunto: Solicitud de pago de cuenta de cobro por concepto de prestación de servicios del Contrato 387 de 2026 de fecha 01 al 30 de abril de 2026 para el pago No 4 de 12.

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 No. 4	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
13.	Autorización de descuento a favor del Fondo de Empleados de la ANH (Si es afiliado)	NO

ID	DOCUMENTOS ALLEGADOS PARA EL PAGO	ADJUNTA (SI/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,



SILVIA VANESSA BARRERA LESMES

CC.1.020.759.426

Celular: 3229703952

SILVI90_7@HOTMAIL.COM

Bogotá, 01 de mayo de 2026

CUENTA DE COBRO No. 4

LA AGENCIA NACIONAL DE HIDROCARBUROS – ANH

NIT: 830.127.607-8

DEBE A:

SILVIA VANESSA BARRERA LESMES

CC. 1.020.759426 DE BOGOTÁ

LA SUMA DE:

ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE (\$11. 557.000)
por concepto de pago de honorarios para el periodo comprendido entre el 01 y el 30 de abril
de 2026, de conformidad con el contrato 387 de 2026, suscrito con la ANH.

Cordialmente,



SILVIA VANESSA BARRERA LESMES

CC.1.020.759.426

Celular: 3229703952

SILVI90_7@HOTMAIL.COM

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: SILVIA VANESSA BARRERA LESMES

Documento de identidad: C.C. 1.020.759.426

Régimen del Impuesto a las Ventas al que pertenece:

48 - Responsable de IVA

49 - No responsable de IVA

Mes o periodo al que pertenece la Certificación: ABRIL 2026

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 No. 387 de 2026 así:

Número de planilla: 75592304

Aporte salud \$ 577.900

Aporte pensión \$ 739.700

Aporte ARL \$ 48.300

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 01 días del mes de mayo de 2026

Cordialmente,



SILVIA VANESSA BARRERA LESMES

CC.1.020.759.426

Celular: 3229703952

SILVI90_7@HOTMAIL.COM

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020759426	SILVIA VANESSA BARRERA LESMES		CL127c 06 87	5264317	SILVI90_7@HOTMAIL.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
		75592304	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.365.900	

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	577.900	0		0		0	0	0	0	577.900	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	739.700	0	0	0	0	0	0		739.700	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	48.300				48.300	0	0	48.300			483	48.300	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	577.900	577.900
Pensión	1	739.700	739.700
Riesgos Laborales	1	48.300	48.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.365.900	1.365.900

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1020759426	SILVIA VANESSA BARRERA LESMES		CL127c 06 87	5264317	SILVI90_7@HOTMAIL.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
		75592304	15/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$1.365.900	

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	ICE	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 1020759426	BARRERA LESMES SILVIA VANESSA			59	0			N															25-14	4.623.000	30	739.700	0	0	0	0	EPS005	4.623.000	30	577.900	14-23	4.623.000	30	2	48.300		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DEPURACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

IDENTIFICACIÓN	
NOMBRES Y APELLIDOS	SILVIA VANESSA BARRERA LESMES
No. IDENTIFICACIÓN	C.C. 1.020.759.426

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.

50% 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)	NO
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)	NO
3. Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, (adjuntar certificado por Medicina Legal y registro civil)	NO
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)	NO
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)	SI

***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
MARIA JOSE BARRERA LESMES	CC	1020820247	25	HERMANA
MARTHA LESMES	CC	51670593	63	MAMA

La anterior se firma el día 01 del mes de mayo del año 2026.

Firma

CC No. 1.020.759.426



Ibagué - Tolima. Enero 29 de 2026.

A QUIEN CORRESPONDA
CERTIFICACIÓN DE CONTADOR PÚBLICO

El suscrito Contador Público, certifica:

Que la señora **MARTHA ELIZABETH LESMES CASTAÑEDA** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 51.670.593 de Bogotá, es residente en el municipio de Monterrey en el departamento del Casanare, actualmente no tiene ocupación alguna y es la madre de la señora **SILVIA VANESSA BARRERA LESMES** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1.020.759.426 de Bogotá.

Que la señorita **MARIA JOSE BARRERA LESMES** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1.020.820.247 de Bogotá, es residente en el municipio de Monterrey en el departamento del Casanare, actualmente es estudiante universitaria y es hermana de la señora **SILVIA VANESSA BARRERA LESMES** identificada con Cedula de Ciudadanía No. 1.020.759.426 de Bogotá.

Que en la actualidad, tanto la señora **MARTHA ELIZABETH LESMES CASTAÑEDA** y la señorita **MARIA JOSE BARRERA LESMES** se encuentran en situación de dependencia económica por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, por lo cual, se cumplen los criterios para ser catalogadas como dependientes económicos de la señora **SILVIA VANESSA BARRERA LESMES** en virtud de la definición de dependientes establecida en el numeral 5, del parágrafo 2, del artículo 387 del Estatuto Tributario Nacional, modificado, por el Artículo 1.2.4.1.18, del Decreto 1625 del 2016.

En constancia de lo anterior firmo en Bogotá a los veintinueve (29) días del mes de enero de 2026.

Cordialmente,



JUAN MANUEL PATIÑO CASTIBLANCO
CC: 1.010.161.088 de Bogotá
CONTADOR PÚBLICO - TP: 163161-T

Republica de Colombia
Ministerio de Comercio, Industria y Turismo

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES
TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PUBLICO**



163161-T

**JUAN MANUEL
PATIÑO CASTAÑEDO**

C.C. 1818161058

RESOLUCION INSCRIPCION 329

FECHA 27/10/2011

UNIVERSIDAD DE LA SALUD

De Uso Exclusivo de

PRESIDENTE

Silvia Vanesa barrera

174248

Enero 2026

FIRMA DEL TITULAR

89752

Esta tarjeta es el unico documento que lo acredita como
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en
la Ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central
de Contadores.



JUAN M. PATIÑO C.

LOGOCARD 1783 01/2008

Fecha de Expedición: 29 de enero de 2026

UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

04899065073E0B60

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE**

Que el contador público **JUAN MANUEL PATIÑO CASTIBLANCO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1010161088 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 163161-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS *****

EL CONTADOR PUBLICO NO HA CUMPLIDO CON LA OBLIGACION DE ACTUALIZAR EL REGISTRO

Dado en BOGOTA a los 29 días del mes de Enero de 2026 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado