MUNICIPIO DE LA CALERA
AUTORIZACIÓN DE TRAMITE DEL CONTRATO

MES RADICACIÓN A CONTABILIDAD	ABRIL DE 2026	**PERIODO A COBRAR**	1 AL 30 DE MARZO DE 2026

LA SUSCRITA SECRETARIA DE HACIENDA

Autoriza el trámite de la siguiente cuenta

CONTRATISTA	**ORLANDO ROMERO VARGAS**	**NIT:**	**3.198.870**
CONTRATO No.	CPS-005	**FECHA:** 13 DE ENERO DE 2026	**TIPO DE CONTRATO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA ASESORÍA EN LA ESTRUCTURACIÓN FINANCIERA Y PROYECCIÓN DE LA GESTIÓN PRESUPUESTAL DEL DESPACHO DEL ALCALDE Y LA SECRETARÍA DE HACIENDA, ORIENTADA A LA EJECUCIÓN DE LAS METAS DEL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 'LA CALERA UN LUGAR PARA TODOS 2024-2027

CONCEPTO DE PAGO

ANTICIPO	PAGO PARCIAL	LIQUIDACIÓN	ÚLTIMO PAGO	ÚNICO PAGO
	X			

Para el trámite de la siguiente cuenta se anexan los siguientes soportes

TIPO DE DOCUMENTO	MEDIO DE RADICACIÓN	FOLIOS
AUTORIZACIÓN TRAMITE DE CUENTA	FISICO	1
INFORME DE SUPERVISIÓN DEL CONTRATO	FÍSICO	1
INFORME DE ACTIVIDADES	SECOP II	4
PLANILLA DE SEGURIDAS SOCIAL No. 62812603	FISICO - SECOP II	1
PANTALLASO SECOP II EJECUCION DEL CONTRATO	FISICO	1

YORLENE YESENIA ESPINOSA MARTÍNEZ
SECRETARIA DE HACIENDA

Elaboró: Diana Patricia Bermúdez Ayala - Secretaria (E)
Revisó: Yorlene Yesenia Espinosa Martínez - Secretaria de Hacienda
Aprobó: Yorlene Yesenia Espinosa Martínez - Secretaria de Hacienda

INFORMACIÓN GENERAL			
NOMBRE CONTRATISTA:	ORLANDO ROMERO VARGAS		
CEDULA DE CIUDADANIA No.	3.198.870	LUGAR DE EXPEDICION:	TENJO - CUNDINAMARCA
CELULAR:	310-2371679		
CORREO ELECTRONICO:	oromevar@gmail.com		
INFORMACIÓN CONTRATO			
NUMERO DE CONTRATO:	CPS-005/2026		
OBJETO:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA ASESORÍA EN LA ESTRUCTURACIÓN FINANCIERA Y PROYECCIÓN DE LA GESTIÓN PRESUPUESTAL DEL DESPACHO DEL ALCALDE Y LA SECRETARÍA DE HACIENDA, ORIENTADA A LA EJECUCIÓN DE LAS METAS DEL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL 'LA CALERA UN LUGAR PARA TODOS 2024-2027		
VALOR DEL CONTRATO INICIAL:	$ 131.321.426,00	HONORARIOS MENSUALES	$ 11.192.167,00
FECHA INICIO CONTRATO:	martes, 13 de enero de 2026		
FECHA FINALIZACION CONTRATO:	miércoles, 30 de diciembre de 2026		
MODIFICATORIOS: ADICIONES Y PRÓRROGAS (SI APLICA)			
OBJETO MODIFICACION:	N/A		
PRORROGA EN TIEMPO:	N/A		DIAS
NUEVA FECHA FINALIZACION:	N/A		
VALOR ADICIÓN:	$ 0,00		
NUEVO VALOR CONTRATO:	**$ 131.321.426,00**		

OBLIGACION DE PAGO SEGURIDAD SOCIAL CONTRATISTA (Sin intereses de mora)				
COMPAÑÍA DE SALUD	FAMISANAR	VALOR DEL PAGO	$ 650.000,00	APORTE 12.5%
FONDO DE PENSION	N/A			APORTE 16%
RIESGOS LABORALES (ARL)	POSITIVA		$ 27.200,00	SEGÚN NIVEL RIESGO
CAJA DE COMPENSACION	N/A		$ 0,00	APORTE 0.6 O 2%
VALOR TOTAL PAGADO	**$ 677.200,00**			
NUMERO DE PLANILLA	62812603	FECHA PAGO DE PLANILLA		martes, 17 de marzo de 2026
PLANILLA ARL (SI APLICA)	N/A	FECHA PAGO DE PLANILLA		N/A

VALOR A COBRAR PERIODO					
MES A COBRAR	MARZO				
NUMERO DE PAGO	3	DE	1/03/2026	HASTA	30/03/2026
NUMERO DE DIAS A COBRAR	30				DIAS
VALOR A COBRAR	**$ 11.192.167,00**				
FACTURA ELECTRONICA	**N/A**				

RELACION DE PAGOS			
VALOR CONTRATO	**$ 131.321.426,00**		
NUMERO PAGO	VALOR PAGO	PAGO ACUMULADO	SALDO POR PAGAR
PAGO 01	$ 6.715.300,00	$ 6.715.300,00	$ 124.606.126,00
PAGO 02	$ 11.192.167,00	$ 17.907.467,00	$ 113.413.959,00
PAGO 03	$ 11.192.167,00	$ 29.099.634,00	$ 102.221.792,00
PAGO 04	$ 11.192.167,00	$ 40.291.801,00	$ 91.029.625,00
PAGO 05	$ 11.192.167,00	$ 51.483.968,00	$ 79.837.458,00
PAGO 06	$ 11.192.167,00	$ 62.676.135,00	$ 68.645.291,00
PAGO 07	$ 11.192.167,00	$ 73.868.302,00	$ 57.453.124,00
PAGO 08	$ 11.192.167,00	$ 85.060.469,00	$ 46.260.957,00
PAGO 09	$ 11.192.167,00	$ 96.252.636,00	$ 35.068.790,00
PAGO 10	$ 11.192.167,00	$ 107.444.803,00	$ 23.876.623,00
PAGO 11	$ 11.192.167,00	$ 118.636.970,00	$ 12.684.456,00
PAGO 12	$ 11.192.167,00	$ 129.829.137,00	$ 1.492.289,00

FORMA DE PAGO

ESTUDIOS DE NECESIDAD O ESTUDIOS PREVIOS
FORMA DE PAGO Y REQUISISTOS: mensuales de ONCE MILLONES CIENTO NOVENTA Y DOS MIL CIENTO SESENTA Y SIETE PESOS MCTE ($11.192.167), así: 1) Un (1) primer pago proporcional al valor de los honorarios mensuales por los días de prestación efectiva del servicio, desde el inicio de ejecución y hasta el día 30 del mes correspondientes si aplica, 2) Once (11) pagos sucesivos mensuales; Previa autorización del supervisor del contrato, quien debe vigilar el cumplimiento de las actividades y obligaciones, además deberá acreditar el cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, y parafiscales cuando a ello hubiere lugar. Cuando el contratista sea un auto retenedor, deberá informar en la factura esta condición a fin de no efectuar la retención. Para el pago respectivo el contratista deberá presentar:
•Factura o documento similar.
•Informe pormenorizado de sus actividades.
•Acreditar el cumplimiento de sus obligaciones con los sistemas de seguridad social en salud, pensión, riesgos laborales y demás parafiscales, según corresponda.
Por su parte el supervisor del contrato deberá:
•Suscribir informe y/o acta de recibido parcial o final a satisfacción respecto del cumplimiento de las obligaciones del contrato.
•Verificar el cumplimiento para cada pago, de las obligaciones de que trata el Artículo 23 de la Ley 1150 de 2007

CERTIFICACIÓN SUPERVISOR
La suscrita SECRETARIA DE HACIENDA, YORLENE YESENIA ESPINOSA MARTINEZ, en su condición de Supervisor del presente contrato de PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA ASESORÍA EN LA ESTRUCTURACIÓN FINANCIERA Y PROYECCIÓN DE LA GESTIÓN PRESUPUESTAL DEL DESPACHO DEL ALCALDE Y LA SECRETARÍA DE HACIENDA, ORIENTADA A LA EJECUCIÓN DE LAS METAS DEL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL LA CALERA UN LUGAR PARA TODOS 2024-2027, certifica que el contratista ha cumplido a cabalidad con las obligaciones del contrato de conformidad con el informe de actividades y soportes cargados en la plataforma SECOP II así como con el pago de sus obligaciones referidas en artículo 23 de la Ley 1150 de 2007, durante el periodo a cobrar señalado en el presente documento.
OBSERVACIONES:
Para constancia se firma en La Calera, Cundinamarca. YORLENE YESENIA ESPINOSA MARTINEZ SECRETARIA DE HACIENDA

ELABORO	Diana P. Bermúdez A.	CARGO	Secretaria (E)
REVISO	Yorlene Yesenia Espinosa		Secretaria de Hacienda
APROBO	Yorlene Yesenia Espinosa		Secretaria de Hacienda

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	3198870	ORLANDO ROMERO VARGAS	FINCA EL PALMARITO	3115401777	oromevar@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	EL ROSAL		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62812603	17/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$677.200	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	650.000	0		0		0	0	0	0	650.000	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

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto	Días	Valor Mora	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a	Fondo	Total a Pagar	No. Afiliados
			Obligatoria	No. Autorización	Valor	Sistemas	Cotización	Mora	Cotización	Cotización	Saldo a Favor	Favor	Solidaridad		
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	27.200				27.200	0	0	27.200			272	27.200	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	650.000	650.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	27.200	27.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	677.200	677.200

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	3198870	ORLANDO ROMERO VARGAS	FINCA EL PALMARITO	3115401777	oromevar@yahoo.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente		CUNDINAMARCA	EL ROSAL		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		62812503	17/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$0	$677.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Dependiente	Estudiante	Extranjero	Cotizante exterior	Exonerado	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COTIZACIÓN	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 3198870	ROMERO VARGAS ORLANDO	59	4			N																		0	0	0	0	0	0		EPS017	5.200.000	30	650.000	14-23	5.200.000	30	1	27.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 **Ejecución del Contrato**
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de códigos de autorización? Sí No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado	
Pago 001	CORTE UNO CONTRATO 005-2026	10 días de tiempo transcurrido *(27/04/2026 12:19:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	6.715.300 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 002	CORTE DOS CONTRATO 005-2026	10 días de tiempo transcurrido *(27/04/2026 5:50:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	11.192.167 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle
Pago 003	CORTE TRES CONTRATO 005-2026	5 minutos de tiempo transcurrido *(7/05/2026 7:46:00 PM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*	-	11.192.167 COP	Enviado a la Entidad Estatal	Detalle

Crear

Documentos de ejecución del contrato

Editar

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
	RP_005-2025.pdf (Archivado)	RP_005-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
	ARL_005-2025.pdf (Archivado)	ARL_005-2025.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	Memorando_005-2026.pdf	Memorando_005-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	RP_005-2026.pdf	RP_005-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle
☐	ARL_005-2026.pdf	ARL_005-2026.pdf	Comprador	Descargar	Detalle

Borrar | Cargar nuevo

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia)

018000-52-0808 www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Orlando Romero Vargas
Asesor Financiero
NIT . 3.198.870-2
No responsable del IVA
Finca El Palmarito Vda Pta Cuero El Rosal - Telefono 310-2371679

Documento Equivalente a Factura **1183**

Cliente

Nombre	MUNICIPIO DE LA CALERA
Dirección	CRA 3 # 6-10
Ciudad	LA CALERA Estado CP
Teléfono	8600032

Varios

Fecha	07/05/2026
Nº de pedido	
Representante	JUAN CARLOS HERNANI
Cargo	ALCALDE

Cantidad	Descripción	Precio unitario	TOTAL
1	Tercer (3.er) pago del Contrato 005-2026, para la PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS PARA LA ASESORIA EN LA ESTRUCTURACION FINANCIERA Y PROYECCION DE LA GESTION PRESUPUESTAL DEL DESPACHO DEL ALCALDE Y LA SECRETARIA DE HACIENDA, ORIENTADA A LA EJECUCION DE LAS METAS DEL PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL LA CALERA UN LUGAR PARA TODOS 2024-2027, durante el periodo Marzo 1 al 31 de 2.026	$ 11,192,167.00	$ 11,192,167.00
		Subtotal	$ 11,192,167.00
		Envío	
		Impuestos	
		TOTAL	$ 11,192,167.00

Medio de pago C

Orlando Romero Vargas

Abonar a cuenta de Ahorros Bancolombia 2036-562284-2

Yo, ORLANDO ROMERO VARGAS, identificado(a) con el documento No. 3.198.870 expedido en **TENJO - CUNDINAMARCA**, en cumplimiento con lo dispuesto en el Estatuto Tributario, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento manifiesto que:

a) **De acuerdo con lo establecido en el Artículo 10 del Estatuto Tributario manifiesto que:**

_X_ Si soy Residente Fiscal en Colombia.
__ No soy Residente Fiscal en Colombia.

b) ***Art 437 E.T. parágrafo 3:*** para el cierre del año fiscal 2025 es responsable del IVA si sus ingresos totales superan las 3.500 UVT ($174.297.000) provenientes de transacciones con entidades del Sector Privado o 4.000 UVT ($209.496.000) provenientes de transacciones con el Sector Público. Para el Año 2026 también serán responsables del IVA, quienes suscriban contratos superiores a 3.500 UVT ($1174.297.000 con Sector Privado) o 4.000 UVT ($209.496.000 con el Sector Público).

De acuerdo con lo anterior informo que:

__ Sí soy responsable de IVA, ya que mis ingresos superan los límites señalados.
_X_ No soy responsable de IVA, ya que mis ingresos no superan los límites señalados.

c) **Soy obligado a declarar renta por el año fiscal 2026 porque superé uno o más de los topes establecidos en el Artículo 1.6.1.13.2.7 del Decreto Único Tributario1625 de 2016**
_X_ Sí soy obligado
__ No soy obligado

d) **Pertenezco al Régimen Simple de Tributación (Responsabilidad No. 47 en el RUT): SI__ NO _X_**
Si su respuesta es SI no requiere diligenciar nada más y remítase a la parte de firmas.

e) **De acuerdo con el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023, Manifiesto bajo la gravedad de juramento que:**

__ No aplicaré costos y deducciones sobre mi Declaración de renta del año gravable 2026, ya que aplicaré el beneficio de renta exenta de trabajo del 25%, de acuerdo con lo previsto en el numeral 20 del artículo 206 del Estatuto Tributario *(En este caso la SDP aplicará la retención en la fuente prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario).*

_X_ Si aplicaré sobre mi Declaración de renta del año gravable 2026 costos y deducciones *(En este caso la retención en la fuente aplicable será la prevista en el parágrafo 2 del Artículo 383: La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, realizando la depuración contemplada en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto Reglamentario 1625 de 2016).*

SOLICITUD DE BENEFICIOS TRIBUTARIOS

Para las preguntas relacionadas a continuación, es necesario adjuntar las certificaciones que acrediten la respuesta afirmativa de cada enunciado:

1. Hago aportes voluntarios a fondos de pensiones voluntarias (AFP) y/o ahorro al fomento de la construcción (AFC) y me acojo al beneficio (Art 126-1 y 126-4 ET): **SI ___ NO _X_.** *(adjuntar certificado del mes objeto de cobro)*

2. En el año inmediatamente anterior, en mi calidad de contratista fui titular de contratos de medicina prepagada, planes complementarios de salud, o cualquier clase de pólizas de salud, por lo tanto, me acojo al beneficio: **SI __ NO _X_** (Art 387 ET) *(Adjuntar del año inmediatamente anterior certificado anual de aportes expedido por la entidad prestadora de servicios de salud donde se evidencie el valor mensual pagado).*

3. En el año inmediatamente anterior en mi calidad de contratista fui titular y realicé pagos por Intereses o Corrección Monetaria de créditos hipotecarios o de leasing habitacional destinados a la adquisición de vivienda y me acojo al beneficio (Art 387 ET): **SI ___ NO _X__** *(Adjuntar certificado anual de pago de intereses de vivienda expedido por la entidad financiera, del año inmediatamente anterior).*

Dependientes Económicos (Artículo 387 ET, parágrafo 2)

4. Tengo hijos de hasta 18 años que dependen económicamente de mí y me acojo al beneficio: **SI _X__ NO ___** *(Adjuntar registro civil y copia del documento de identidad del menor).*

5. Tengo hijos mayores de 18 y hasta 23 años que dependen económicamente de mi por estudio y me acojo al beneficio: **SI ___ NO _X__** *(Adjuntar registro civil, copia del documento de identidad del dependiente y/o los recibos de matrícula del colegio y/o universidad).*

6. Tengo hijos mayores de dieciocho (18) años que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que son certificados por medicina legal y me acojo al beneficio: **SI ___ NO _X__** *(Anexar certificado).*

7. Mi cónyuge o compañero(a) permanente se encuentra en situación de dependencia, ya sea por factores físicos o psicológicos o por ausencia de ingresos, o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público y me acojo al beneficio: **SI ___ NO _X__** *(Anexar el certificado de dependencia firmado por Contador Público, certificado de antecedentes disciplinarios vigente y tarjeta profesional del contador o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal).*

8. Mis padres y/o hermanos se encuentran en situación de dependencia, ya sea por factores físicos o psicológicos o por ausencia de ingresos, o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificados por contador público y me acojo al beneficio: **SI ___ NO _X__.** *(Anexar el certificado de dependencia firmado por Contador Público, certificado de antecedentes disciplinarios vigente y tarjeta profesional del contador o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal).*

Notas aclaratorias:

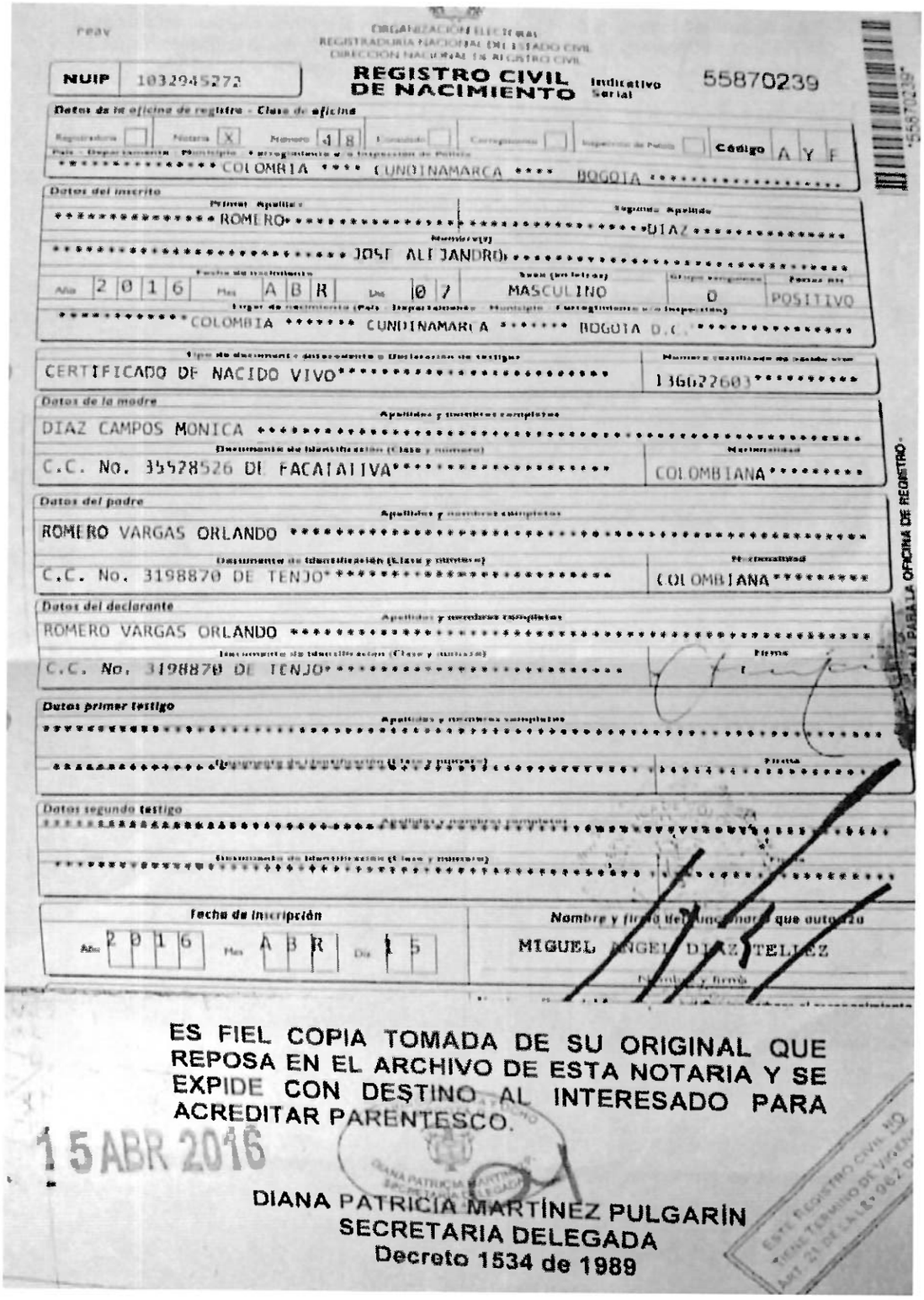
El presente formato debe ser anexado una única vez, junto con la documentación del primer pago de su contrato y primer pago de cada vigencia. Sin embargo, si existen modificaciones en la información aquí registrada durante la ejecución de este, el contratista deberá presentar la actualización de este formato junto con los soportes objeto de la modificación que sea del caso. Se exime de toda responsabilidad a la Secretaría de Hacienda de La Calera por la información presentada por el contratista que no se encuentre acorde con su realidad.

Recuerde que los soportes que Usted haya decidido aportar como anexos a este formato con el fin de reducir la Retención en la fuente, sólo pueden ser presentados para obtener ese beneficio tributario respecto del contrato que está ejecutando con la Secretaria de Hacienda de La Calera, y por ende no lo puede presentar en otra Entidad.

Esta declaración la hago el día 05 del mes de Mayo del año **2026**, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto 19 del 2012 artículo 7 (prohibición de declaraciones extrajuicio), con destino a la Secretaria de Hacienda, para los efectos legales.



Firma:
Nombre: ORLANDO ROMERO VARGAS
Dirección: Finca El Palmarito, Vda. Puerta de Cuero El Rosal - Cundinamarca
Telefono: 310-2371679
E-mail: oromevar@gmail.com



REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1032945272

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55870239

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 48 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código AYF

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o la Inspección de Policía

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ROMERO | Segundo Apellido: DIAZ

Nombre(s): JOSE ALEJANDRO

Fecha de nacimiento: Año 2016 Mes ABR Día 07 | Sexo (en letras): MASCULINO | Grupo sanguíneo: O | Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o la Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO | Número certificado de nacido vivo: 136022603

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DIAZ CAMPOS MONICA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 35528526 DE FACATATIVA | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROMERO VARGAS ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 3198870 DE TENJO | Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROMERO VARGAS ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 3198870 DE TENJO | 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 2016 Mes ABR Día 15

Nombre y firma del funcionario que autoriza

MIGUEL ANGEL DIAZ TELLEZ

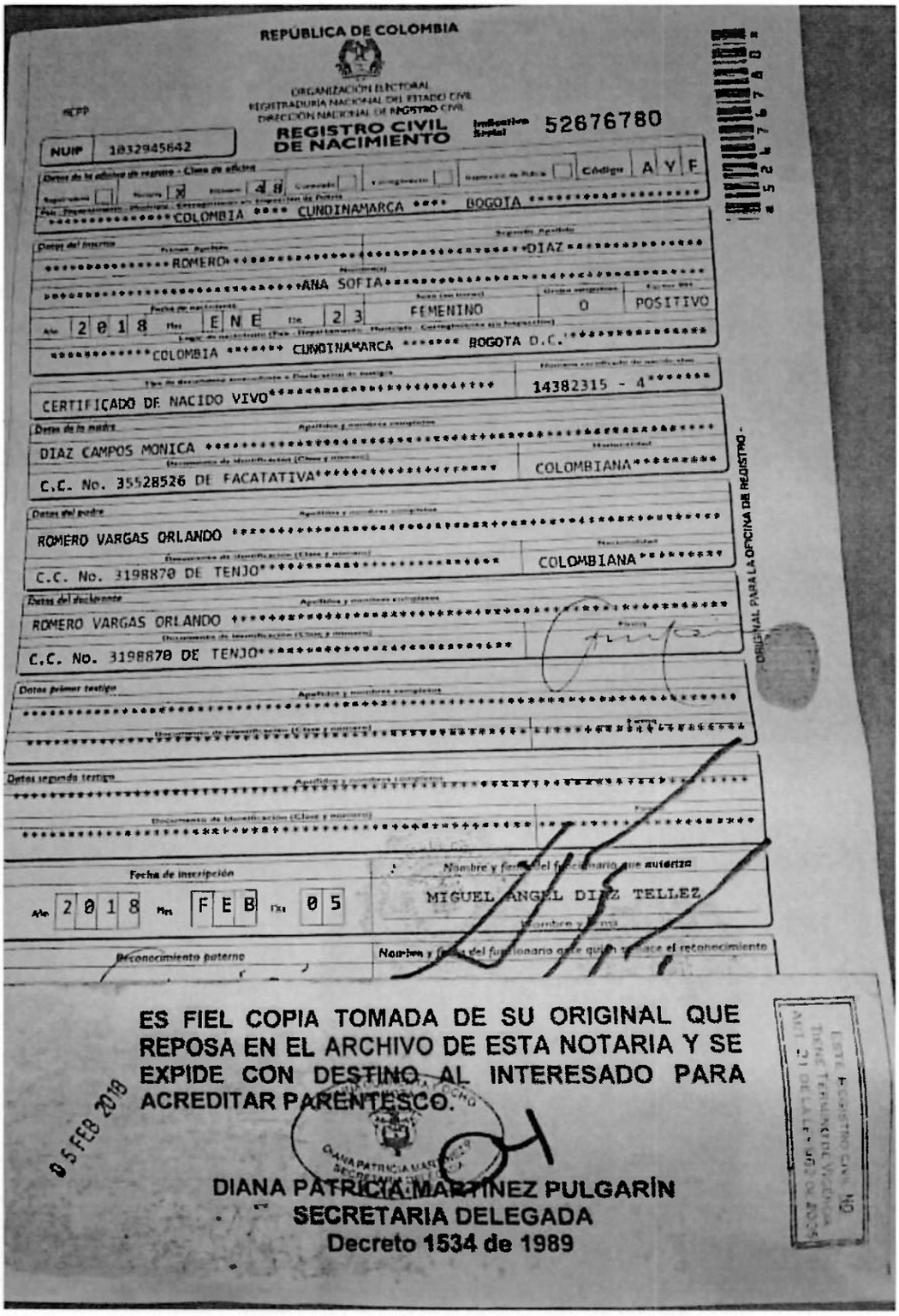
Nombre y firma

ESTE REGISTRO CIVIL NO TIENE COSTO
ART. 21 DE LA LEY 962 DE 2005

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

15 ABR 2016

DIANA PATRICIA MARTÍNEZ PULGARÍN
SECRETARIA DELEGADA
Decreto 1534 de 1989



REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NCPP

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 52676780

NUIP 1032945642

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina: Código A Y F

COLOMBIA **** CUNDINAMARCA **** BOGOTA

Datos del inscrito

Primer Apellido: ROMERO — Segundo Apellido: DIAZ

Nombre(s): ANA SOFIA

Fecha de nacimiento: Año 2018 Mes ENE Día 23 — Sexo (en letras): FEMENINO — Grupo sanguíneo: O — Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección): COLOMBIA ******* CUNDINAMARCA ******* BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo: CERTIFICADO DE NACIDO VIVO — Número consecutivo de nacido vivo: 14382315 - 4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: DIAZ CAMPOS MONICA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 35528526 DE FACATATIVA — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ROMERO VARGAS ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 3198870 DE TENJO — Nacionalidad: COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ROMERO VARGAS ORLANDO

Documento de identificación (Clase y número): C.C. No. 3198870 DE TENJO — 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 2018 Mes FEB Día 05

Nombre y firma del funcionario que autoriza: MIGUEL ANGEL DIAZ TELLEZ

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

52676780

ES FIEL COPIA TOMADA DE SU ORIGINAL QUE REPOSA EN EL ARCHIVO DE ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE CON DESTINO AL INTERESADO PARA ACREDITAR PARENTESCO.

05 FEB 2019

DIANA PATRICIA MARTINEZ PULGARÍN
SECRETARIA DELEGADA
Decreto 1534 de 1989

ESTE DOCUMENTO NO TIENE COSTO DE VENTA ART. 21 DECRETO 1969 DE 2014

RETENCIÓN EN LA FUENTE A TRABAJADORES INDEPENDIENTES POR RENTAS DE TRABAJO

EMPRESA DE EJEMPLO	Mes	Marzo de 2026
ORLANDO ROMERO VARGAS	Número de meses del cálculo	1
CC. 3.198.870	Valor UVT 2026	52,374

Conceptos	Datos	Depuración
Total pagos en el mes	-	
1 Valor del ingreso por rentas de trabajo	11,192,167	11,192,167
Total Ingresos mes	**11,192,167**	**11,192,167**
Menos ingresos no constitutivos de renta (INCR)		
Aportes obligatorios a Fondos de Pensiones (art. 55 ET)	716,299	716,299
Fondo de Solidaridad Pensional	-	-
Aportes vol. a fondos de pensiones oblig. (RAI) (Art. 55 ET)		
Aportes obligatorios al sistema de salud (art. 56 ET)	-	-
Aportes a ARL	43,900	43,900
Total ingresos no contitutivos de renta ni ganancia ocasional		**760,199**
Subtotal (A)		**10,431,968**
2 **Menos rentas exentas**		
Aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias (art. 126-1 ET)	-	-
Aportes con destino a cuentas AFC (art 126-4 ET)	-	
Total rentas exentas	**-**	**-**
Subtotal (B)		**10,431,968**
3 **Menos deducciones**		
Pago por medicina prepagada, planes adicionales de salud y pagos por seguros de salud	-	-
Seleccione "SI" si tiene derecho a dependientes (Art 387 ET)	SI	1,119,217
Intereses por prestamos de vivienda (en proporción a los meses certificados)	-	-
	-	-
Total deducciones		**1,119,217**
Subtotal (C)		**9,312,752**
Menos renta exenta -25% del subtotal (C) (Numeral 10 art. 206 ET)		**-**
Límite del 40% sobre ingresos netos y hasta 1.340 UVT		**1,119,217**
Base gravable (ver tabla)		**9,312,752**
Valor retención en la fuente a practicar por el periodo (art. 383 ET)	**8.33%**	**$ 932,000**

La retención en la fuente que se calcule en esta herramienta es aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria.
Parágrafo 2 Art. 383 ET
Modificado Ley 2277 de 2022