

Bogotá, D. C.
01 de junio de 2026

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

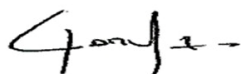
Asunto: Solicitud de pago de factura/cuenta de cobro por concepto de prestación de servicios del periodo mayo del Contrato 401 de 2026, para el pago No.04 de 9

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 # 04	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)	NO
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)	SI
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,



Carlos Felipe Salazar Muñoz
Carrera 4 6-50
3192311404
carlosfelipesa@hotmail.com

Anexos: Se anexa lo anunciado en 7 folios.

Copias: Javier Rene Morales Sierra Supervisor del Contrato 401 de 2026 Dependencia
Oficina Talento Humano

Bogotá D.C. 1 de junio de 2026

CUENTA DE COBRO N° 04

AGENCIA NACIONAL DE HIDROCARBUROS -ANH
Nit. 830.127.607-8

DEBE A:

CARLOS FELIPE SALAZAR MUÑOZ

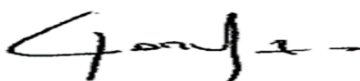
LA SUMA DE:

Nueve Millones de pesos (\$9.000.000) M/Cte.

Por concepto de la prestación de servicios profesionales especializados para coordinar y adelantar las actividades necesarias para la modernización de la planta de personal de la Agencia Nacional de Hidrocarburos, según contrato 401 de 2026, por el período comprendido entre el 1 y el 30 de junio de 2026.

Cuenta de Ahorros número 5922025305 Scotiabank Colpatría

Cordialmente,



CARLOS FELIPE SALAZAR MUÑOZ
C.C. 76.327.411 de Popayán
Teléfono 3192311404

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 76327411		SALAZAR MUÑOZ CARLOS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 B No 14 -04	POPAYAN-CAUCA	8209625	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago		Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2026-05	2026-05	05439409		9505439409	N	2026/06/03	2026/06/01	BANCO AV VILLAS	\$1,116,800

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)					\$3,600,000	\$648,000			\$3,600,000	\$450,000			\$0	\$0			\$3,600,000	\$18,800		\$0	\$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$3,600,000	\$648,000			\$3,600,000	\$450,000			\$0	\$0			\$3,600,000	\$18,800		\$0	\$0	
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					\$3,600,000	\$648,000			\$3,600,000	\$450,000			\$0	\$0			\$3,600,000	\$18,800		\$0	\$0	
1	CC 76327411	SALAZAR CARLOS	25-14	30	(\$3,600,000)	(\$576,000)	EPS018	30	(\$3,600,000)	(\$450,000)		0	\$0	\$0	14-23	30	(\$3,600,000)	(\$18,800)	0	\$0	\$0	
2	CC 76327411	SALAZAR CARLOS	25-14	30	\$7,200,000	\$1,224,000	EPS018	30	\$7,200,000	\$900,000		0	\$0	\$0	14-23	30	\$7,200,000	\$37,600	0	\$0	\$0	
Total Afiliados(1)					\$3,600,000	\$648,000			\$3,600,000	\$450,000			\$0	\$0			\$3,600,000	\$18,800		\$0	\$0	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 76327411		SALAZAR MUÑOZ CARLOS FELIPE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 36 B No 14 -04	POPAYAN-CAUCA	8209625	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave	Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-05	2026-05	05439409	9505439409	N	2026/06/03	2026/06/01	BANCO AV VILLAS	0	\$1,116,800

RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR	
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$648,000	\$0	\$0	\$648,000	
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	\$648,000	\$0	\$0	\$648,000	
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$18,800	\$0	\$0	\$18,800	
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	\$18,800	\$0	\$0	\$18,800	
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$450,000	\$0	\$0	\$450,000	
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	\$450,000	\$0	\$0	\$450,000	
TOTAL				1	\$1,116,800	\$0	\$0	\$1,116,800	

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: Carlos Felipe Salazar Muñoz

Documento de identidad: C.C. 76.327.411

Régimen del Impuesto a las Ventas al que pertenece:

48 - Responsable de IVA

49 - No responsable de IVA

X

Mes o periodo al que pertenece la certificación: Mayo de 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 ____%.

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° 401 de 2026 así:

Número de planilla: **9505439409**

Aporte salud **\$ 450.000**

Aporte pensión **\$ 648.000**

Aporte ARL **\$ 18.800**

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 junio de 2026

Nombre del contratista

Carlos Felipe Salazar Muñoz

C.C.

76.327.411

Celular:

3192311404

Dirección:

Carrera 5 6-50 Bogotá DC