CUENTA DE COBRO INFORME NUMERO 2

EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
NIT: 890.102.006 – 1

DEBE CANCELAR A

NATALIA OBANDO REDONDO
C.C. No. 1192805779

SI__NO X responsable de IVA

LA SUMA DE DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/L (2.500.000)

Por concepto de la prestación de servicios de apoyo a la gestión para el acompañamiento y desarrollo de actividades administrativas de la secretaría de educación del departamento del Atlántico, durante el periodo comprendido entre el 09 DE MAYO AL 08 DE JUNIO DE 2021, de acuerdo al contrato No. **202101720**

En cumplimiento del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 2250 del 29 de diciembre de 2017, y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad, por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos. Lo anterior para que se tenga en cuenta en la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente por concepto de las rentas de trabajo de qué trata el artículo 103 del Estatuto Tributario. Adicionalmente, para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuentas por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales.

Favor consignar a la cuenta de AHORROS BANCOLOMBIA No. 48700020021

En constancia de lo anterior se firma a los 08 días del mes de Junio

Cordialmente,



NATALIA OBANDO REDONDO
C.C. No. 1192805779
Cel. 3045344422

Dirección: CALLE 93# 71-117
Email: nataliam.obando@gmail.com

CERTIFICADO PERSONAS NATURALES CONTRATOS PRESTACION DE SERVICIOS PARA DEDUCCION DEPENDIENTES

Fecha del certificado: Barranquilla, 08 de Junio de 2021

A fin de cumplir con las normas tributarias, con el fin de acceder al beneficio de detraer de mis pagos gravables producto del contrato de prestación de servicios número 20200548 el 10% por concepto de dependientes hasta un máximo de 32 UVT mensuales, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que YO, **NOMBRE COMPLETO** , identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.192.805.779 de BARRANQUILLA, para efectos de lo establecido en el parágrafo 2º del artículo 387 del Estatuto tributario y el parágrafo del artículo 1.2.4.1.18 del Decreto reglamentario DUR 1625 de 2016 referente a la calidad de dependiente y con el fin de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes que tiene el suscrito, indico que tengo la (s) persona (s) dependiente (s) que cumplen las prescripciones de los artículos mencionados, y me permito identificarlos plenamente, de acuerdo con el siguiente detalle:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad. SI __NO X.

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación - ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

SI__ NO: X.

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ENTIDAD EDUCATIVA	PROGRAMA

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
SI__ NO: X

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD

NOTA. Se adjunta certificación de Medicina Legal.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

SI__ NO X

NOMBRES Y APELLIDOS	CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DE DEPENDENCIA

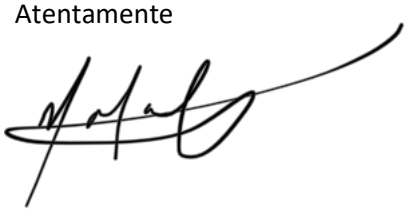
Certificación adjunta de Contador público. SI__ NO X Certificación adjunta de Medicina Legal. .SI__ NO X

5. Los padres y los 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) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. SI__ NO ___

NOMBRES Y APELLIDOS	**CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE**	**TIPO DE DEPENDENCIA**

Certificación adjunta de Contador público. SI__ NO X Certificación adjunta de Medicina Legal. .SI__ NO X

Atentamente



NATALIA OBANDO REDONDO
C.C.No.1192805779
Contratista.