CUENTA DE COBRO #6

EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO

NIT: 890.102.006 – 1

DEBE CANCELAR

A

Ana Milena Rodriguez Castillo

C.C. 1.045.682.121

LA SUMA DE SIETE MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y CINCO MIL PESOS

M/L ($7.245.000)

Por la prestación de SERVICIOS PROFESIONALES durante el periodo comprendido entre el 20 de marzo del 2021 al 19 de abril del 2021, de acuerdo al contrato No. 202100096.

En cumplimiento del punto 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 2250 del 29 de diciembre de 2017, manifiesto bajo la gravedad del 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.

Favor consignar a la cuenta de ahorros del Banco Bancolombia N.º 48701550628

En constancia de lo anterior se firma a los 22 días del mes de julio de 2021.

Cordialmente,

ANA MILENA RODRIGUEZ CASTILLO

C.C. No. 1.045.682.121

CERTIFICADO PERSONAS NATURALES CONTRATOS PRESTACION DE SERVICIOS PARA DEDUCCION DEPENDIENTES

Fecha del certificado: Barranquilla, 22 (día) de julio (mes) 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 202100096 el 10% por concepto de dependientes hasta un máximo de 32 UVT mensuales, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que YO, ANA MILENA RODRIGUEZ CASTILLO, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.045.682.121 030 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
ORIANA ROMERO RODRIGUEZ	HIJA	8
JUAN SEBASTIAN ROMERO R	HIJO	6

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: **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**

Atentamente,



ANA MILENA RODRIGUEZ CASTILLO
C.C. No. 1.045.682.121