Funza, 20 de sep de 2021

Señores
Secretaria de Hacienda Municipal
Alcaldía de Funza, Cundinamarca
Ciudad

Nombre del prestador del servicio	ERIKA FERNANDA MUÑOZ SOTO
Identificación	1049621984

Responsable de IVA (art. 437 del ETN) (seleccionar)	NO
No responsable de IVA (paragrafo 3 del art. 437 del ETN): (seleccionar)	SI
Periodo al que pertenece la certificación(mes a que corresponde el pago)	JUNIO- JULIO
Declaración de ingresos $	$ 4.300.000

Para efectos de la retención en la fuente renta y en los términos del artículo 383 del ETN:

1. ¿Contrató dos (2) o más trabajadores para la realización de la actividad para la que fue contratado(a) en el Municipio? (seleccione)

Si		NO	**X**

Valor de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social del mes de: (seleccione) JUNIO

No Planilla PILA	Aporte a salud	215.000,00
	Aporte a pensión	275.200,00
9421344855	Aporte a ARP	9.000,00
Total $		**499.200,00**

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (No. CO1.PCCNTR.2494387 Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO AL PROGRAMA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y DESARROLLO URBANO, EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO A LA EXPEDICIÓN DE CONCEPTOS JURÍDICOS EN TEMAS URBANÍSTICOS RELACIONADOS A LOS PROCESOS DE LICENCIAMIENTO, A CARGO DE LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ORDENAMIENTO".

2. Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema:

Ordinario	**X**	Regimen simple de tributación	

No soy declarante de renta:

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida aqui es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

Firma
ERIKA FERNANDA MUNOZ SOTO
C.C 1.031.136.348

Funza, 20 de sep de 2021

Señores
Secretaria de Hacienda Municipal
Alcaldía de Funza, Cundinamarca
Ciudad

Nombre del prestador del servicio	ERIKA FERNANDA MUÑOZ SOTO
Identificación	1049621984

Responsable de IVA (art. 437 del ETN) (seleccionar)	NO
No responsable de IVA (paragrafo 3 del art. 437 del ETN): (seleccionar)	SI
Periodo al que pertenece la certificación(mes a que corresponde el pago)	JUNIO- JULIO
Declaración de ingresos $	$ 4.300.000

Para efectos de la retención en la fuente renta y en los términos del artículo 383 del ETN:

1. ¿Contrató dos (2) o más trabajadores para la realización de la actividad para la que fue contratado(a) en el Municipio? (seleccione)

Si		NO	**X**

Valor de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social del mes de: (seleccione) JULIO

No Planilla PILA	Aporte a salud	215.000,00
	Aporte a pensión	275.200,00
9421753906	Aporte a ARP	9.000,00
Total $		**499.200,00**

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (No. CO1.PCCNTR.2494387 Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO AL PROGRAMA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y DESARROLLO URBANO, EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO A LA EXPEDICIÓN DE CONCEPTOS JURÍDICOS EN TEMAS URBANÍSTICOS RELACIONADOS A LOS PROCESOS DE LICENCIAMIENTO, A CARGO DE LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ORDENAMIENTO".

2. Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema:

Ordinario	**X**	Regimen simple de tributación	

No soy declarante de renta:

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida aqui es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

Firma
ERIKA FERNANDA MUNOZ SOTO
C.C 1.031.136.348

Funza, 20 de sep de 2021

Señores
Secretaria de Hacienda Municipal
Alcaldía de Funza, Cundinamarca
Ciudad

Nombre del prestador del servicio	ERIKA FERNANDA MUÑOZ SOTO
Identificación	1049621984

Responsable de IVA (art. 437 del ETN) (seleccionar)	NO
No responsable de IVA (paragrafo 3 del art. 437 del ETN): (seleccionar)	SI
Periodo al que pertenece la certificación(mes a que corresponde el pago)	JUNIO- JULIO
Declaración de ingresos $	$ 4.300.000

Para efectos de la retención en la fuente renta y en los términos del artículo 383 del ETN:

1. ¿Contrató dos (2) o más trabajadores para la realización de la actividad para la que fue contratado(a) en el Municipio? (seleccione)

Si		NO	**X**

Valor de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social del mes de: (seleccione) AGOSTO

No Planilla PILA		
	Aporte a salud	215.000,00
	Aporte a pensión	275.200,00
9424127287	Aporte a ARP	9.000,00
Total $		**499.200,00**

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (No. CO1.PCCNTR.2494387 Objeto: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO AL PROGRAMA DE ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y DESARROLLO URBANO, EN EL ACOMPAÑAMIENTO Y APOYO A LA EXPEDICIÓN DE CONCEPTOS JURÍDICOS EN TEMAS URBANÍSTICOS RELACIONADOS A LOS PROCESOS DE LICENCIAMIENTO, A CARGO DE LA SECRETARÍA DE PLANEACIÓN Y ORDENAMIENTO".

2. Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema:

Ordinario	**X**	Regimen simple de tributación	

No soy declarante de renta:

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la informacion contenida aqui es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

Firma
ERIKA FERNANDA MUNOZ SOTO
C.C 1.031.136.348