República de Colombia Gobernación de Santander	CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL Y OBLIGACIONES TRIBUTARIAS	CÓDIGO	AP-GF-RG-171
		VERSIÓN	1
		FECHA DE APROBACIÓN	20/04/2021
		PÁGINA	1 de 1

Señores:
GOBERNACIÓN DE SANTANDER
Ciudad

Yo, **NATALIA MORENO MENDOZA**, identificado(a) con documento de identidad No. **1.098.752.042 de Bucaramanga**, declaro bajo gravedad de juramento en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009 y el articulo 126-1 del Estatuto tributario, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, para gestionar el pago de los respectivos honorarios de **01 DE SEPTIEMBRE** al **30 DE SEPTIEMBRE DE 2021** por valor de **$3.500.000** del Contrato de Prestación de Servicios No. CO1.PCCNTR**. 2798394** de fecha **26/08/2021.**

ÍTEM	NO DE PLANILLA	PERIODO DE COTIZACIÓN *MES / AÑO*	VALOR PAGADO	FECHA DE PAGO *DÍA / MES / AÑO*
Pensión	53590433	SEPTIEMBRE – 2021	$224.000	28 / SEPTIEMBRE / 2021
Salud	53590433	SEPTIEMBRE – 2021	$ 175.000	28 / SEPTIEMBRE / 2021
ARL	53590433	SEPTIEMBRE – 2021	$ 7.400	28 / SEPTIEMBRE / 2021

ÍTEM	NO DE PLANILLA	PERIODO DE COTIZACIÓN *MES / AÑO*	VALOR PAGADO	FECHA DE PAGO *DÍA / MES / AÑO*
Pensión	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
Salud	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.
ARL	N.A.	N.A.	N.A.	N.A.

Nota: diligenciar el 2 cuadro si presenta dos planillas, de lo contrario coloque N.A.

DOY CONSTANCIA QUE:

De acuerdo a los artículos 1.2.4.1.6., 1.2.4.1.7. y 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016 modificados por el Artículo 9 del Decreto 2250 de 2017; al Concepto DIAN No. 001725 del 21 de Agosto de 2018 y Concepto DIAN 454 de 2020

1. La procedencia en la depuración de la base de retención en la fuente a título de renta de los aportes de seguridad social se encuentra condicionada al pago de salud, pensión y ARL del mes que origina el pago de la cuenta, lo que quiere decir **que si el periodo de planilla de seguridad social presentada NO corresponde al mismo mes objeto de pago, NO se podrá tener en cuenta para disminuir la base gravable mensual de retención en la fuente.** *(igualmente, para el tramite de pago la norma permite presentar la planilla de Seguridad Social del mes anterior, pero no será tenida en cuenta para bajar la base del calculo de retención en la fuente.)*

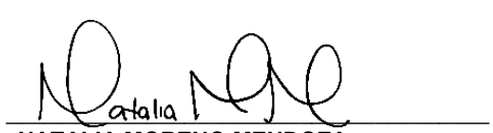
2. Los aportes a seguridad social relacionados: **SI ( )** o **NO (X)** han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones diferentes a la Gobernación de Santander?.
   De ser afirmativo, registre cual es el valor de IBC **[N/A]** que corresponde a los Ingresos recibidos del **Departamento de Santander.**

3. Mis ingresos por el respectivo periodo de cotización no exceden los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes de que trata el artículo 3 del Decreto 510 de 2003.

4. De conformidad con las condiciones establecidas en el **Parágrafo 3** del **Artículo 437 del Estatuto Tributario**, **SI ( ) NO (X)** soy responsable de IVA.

5. Para el desarrollo del contrato suscrito con la Gobernación de Santander manifiesto que **SI ( )** o **NO (X)** he contratado 2 o más trabajadores asociados a la actividad y acorde a los términos del contrato.

Se expide a los cuatro (04) días del mes de Octubre de 2021.

Firma: 
Nombre: NATALIA MORENO MENDOZA
C.C. No. 1.098.752.042 de Bucaramanga