Funza, noviembre 13 del 2021

Señores
Secretaría de Hacienda Municipal
Alcaldía de Funza, Cundinamarca
Ciudad

Nombre del prestador del servicio **JAIRO ANDRES ALTAHONA ACOSTA**

Identificación **8.736.630**

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)	OCTUBRE-NOVIEMBRE

Declaración de ingresos **$5.376.000.00**

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) NOVIEMBRE

No Planilla		
	Aporte a salud	475,000.oo
	Aporte a pensión	646,000,oo
7816209181	Aporte a ARP	92,600,oo
		1,213,600,oo

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 2740553 DE 2021) OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA BRINDAR APOYO EN LA OPERACIÓN DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS MÉDICAS-SEM

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 Jairo A Altahona Acosta

C.C 8.736.630 Barranquilla