Funza, 6 DE DICIEMBRE 2021

Señores
Secretaria de Hacienda Municipal
Alcaldía de Funza, Cundinamarca
Ciudad

Nombre del prestador del servicio	KAREN MILENA ROA TELLO
Identificación	1.018.454.957

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) (seleccionar)	Oct-Nov

Declaración de ingresos **$ 2.600.000**
DOS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/C

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) OCTUBRE

Nº Planilla PILA			
54341413	Aporte a salud	$	130.000,00
	Aporte a pensión	$	166.400,00
	Aporte a ARP	$	25.400,00
	Aporte CCF	$	-
Total $		**$**	**321.800,00**

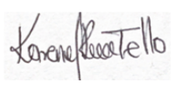
Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención. (No. 2888662 de 2021 Objeto:)

Prestación de servicios profesionales como terapeuta ocupacional brindando apoyo a los adultos mayores del municipio, buscando potencializar sus capacidades, destrezas y habilidades contribuyendo así al mejoramiento de sus condiciones de vida.
2. Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el sistema:

Ordinario _____ Regimen simple de tributación _____

No soy declarante de renta: (seleccione) X

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 

C.C 1018454957