GF.700.031.03.12		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	
VERSIÓN	2	**CERTIFICACIÓN DETERMINACIÓN RENTAS DE TRABAJO - DECLARACIÓN FORMAL DE DESCUENTO POR PAGO AL SGSSI**	BELLAS ARTES
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	03/ago./2020		

Señores
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE BELLAS ARTES
NIT: 890.325.989-3
Ciudad

REFERENCIA: **CERTIFICACIÓN DETERMINACIÓN CEDULAR LEY 2010 DE 2019**

Yo, identificad@ como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento, que la información suministrada es fidedigna y corresponde a los soportes que me permiten obtener las deducciones y rentas exentas para aplicar en los siguientes contratos de prestación de servicios suscritos con el Instituto Departamental de Bellas Artes, **y sobre los cuales no he contratado o vinculado 2 o más trabajadores para cumplir con el objeto contractual":**

No. Contrato de Prestación de Servicios y/o Orden de Servicios	Valor Total Contrato antes de IVA	Fecha de Inicio (DD/MM/AA)	Fecha de terminación (DD/MM/AA)	No. Cuotas	Valor Cuota
CDPS-029-2022	$ 17,930,000	28/01/2022	30/06/2022	6	$ 1,630,000
					$ 3,260,000
					$ 4,890,000

Total Ingreso mensual Base de Cotizacion Seguridad Social **$ 1,956,000**

Valor SMMLV 2021 **1,000,000**

¿Es usted Pensionado?	**SI ( )**	**NO (X)**
¿Es usted funcionario administrativo y/o docente de Bellas Artes?	**SI ( )**	**NO (X)**
Adjuntó Certificado de Dependientes con anexos	**SI ( )**	**NO (X)**

Declaración formal de descuento en aplicación del Dcto. 2271 de 2009 y el art. 126-1 del E.T.

Así mismo, 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, de los Contratos relacionados anteriormente suscritos con el Instituto Departamental de Bellas Artes.

A continuación se relacionan los documentos soporte de los aportes efectuados al Sistema de Seguridad Social Integral:

PERIODO COTIZADO	NOMBRE DE LA ENTIDAD		VALOR ESTIMADO POR PAGAR	VALOR DEL APORTE PAGADO	VALOR TOTAL DE APORTES
Abril 2022	**Salud**	**COOMEVA**	**$244,500.00**	**163,000.00**	**378,600.00**
	Pensión	**PORVENIR**	**$313,000.00**	**208,700.00**	
	ARL	**POSITIVA**	**$10,200.00**	**6,900.00**	

Así mismo, informo que mis ingresos por el respectivo periodo de cotización no exceden el tope de los 25 SMMLV de que trata el artículo 3 del Decreto 510 de 2003.



Firma del contratista

Nombres y apellidos: PAULO ANDRES ORTIZ RUIZ

N°documento de ID: 94500662

Este documento es propiedad del Instituto Departamental de Bellas Artes. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.