CUENTA DE COBRO INFORME NÚMERO 5

EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO
NIT: 890.102.006 – 1

DEBE CANCELAR A

NATALIAOBANDO REDONDO
C.C. No. 1.192.805.779

SI NOX responsable de IVA

LA SUMA DE DOSMILLONES QUINIENTOS SETENTA YCINCOMIL PESOS M/L ($2.575.000)

Por concepto de la PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN PARA EL ACOMPAÑAMIENTO Y DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS DE LA SECRETARÍA DE EDUCACIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO, durante el periodo comprendido entre el 08 de mayo al 07 de junio de 2022, de acuerdo al contrato No. **202201680**

En cumplimiento del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 2250 del 29 de diciembre de 2017, y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad, por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos. Lo anterior para que se tenga en cuenta en la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente por concepto de las rentas de trabajo de qué trata el artículo 103 del Estatuto Tributario. Adicionalmente, para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a lospagos o abonos en cuentas por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales.

Favor consignar a la cuenta de AHORROS del banco BANCOLOMBIA No. 48700020021

En constancia de lo anterior se firma a los 7 días del mes de julio de 2022

Cordialmente,



NATALIAOBANDOREDONDO
C.C. No. 1.192.805.779
Cel. 3045344422
Dirección: CALLE 93#71-117
Email: nataliam.obando@gmail.com

CERTIFICADO PERSONAS NATURALES CONTRATOS PRESTACION DE SERVICIOS PARA DEDUCCIÓN DEPENDIENTES

Fecha del certificado: Barranquilla, 7 de julio de 2022

A fin de cumplir con las normas tributarias, con el fin de acceder al beneficio de detraer de mis pagos gravables producto del contrato de prestación de servicios número 20200548 el 10% por concepto de dependientes hasta un máximo de 32 UVT mensuales, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que YO, **NATALIA OBANDO** , identificado con la cédula de ciudadanía No. 1.192.805.779 de BARRANQUILLA, para efectos de lo establecido en el parágrafo 2º del artículo 387 del Estatuto tributario y el parágrafo del artículo 1.2.4.1.18 del Decreto reglamentario DUR 1625 de 2016 referente a la calidad de dependiente y con el fin de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes que tiene el suscrito, indico que tengo la (s) persona
(s) dependiente (s) que cumplen las prescripciones de los artículos mencionados, y me permito identificarlos plenamente, de acuerdo con el siguiente detalle:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad. SI NO_X_.

NOMBRESY APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación - ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

SI NO: _X_.

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ENTIDAD EDUCATIVA	PROGRAMA

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
SI NO: X

NOMBRESY APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD

NOTA. Se adjunta certificación de Medicina Legal.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

SI__NO _X_

NOMBRESY APELLIDOS	CÓNYUGEO COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DE DEPENDENCIA

Certificación adjunta de Contador público. SI____NO_X_ Certificación adjunta de Medicina Legal. .SI___NO _X

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. SI NO X_ _ _

NOMBRESY APELLIDOS	CÓNYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DE DEPENDENCIA

Certificación adjunta de Contador público. SI____NO_X_ Certificación adjunta de Medicina Legal. .SI___NO_X_

Atentamente,

NATALIAOBANDO REDONDO
C.C. No. 1.192.805.779
Contratista.