PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA
FORMATO: CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y AUTORIZACIÓN PARA TRÁMITE DE PAGO - OPS
VERSIÓN: 5
FN.FT.01

DATOS BÁSICOS	
NÚMERO DE CÉDULA	80,154,330
NOMBRE	MEDINA RAMÍREZ DIEGO ALDEMAR
DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES
CIUDAD DONDE PRESTA EL SERVICIO	BOGOTÁ

INFORMACIÓN CONTRACTUAL						
NÚMERO DE CONTRATO	AND - 190 - 2022	**VIGENCIA**	**DESDE**	25	ENERO	2022
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 99,428,505.00		**HASTA**	31	DICIEMBRE	2022

MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
VALOR ADICIONADO	$ 0.00	**PRÓRROGA HASTA**				
VALOR CEDIDO		**FECHA CEDIDO**				
SUSPENSIÓN	**DESDE**					
	HASTA					
VALOR FINAL DEL CONTRATO	$ 99,428,505.00	**TERMINACIÓN ANTICIPADA**				

INFORMACIÓN PRESUPUESTAL Y DE EJECUCIÓN					
TIPO DE GASTO	INVERSIÓN	**NÚMERO DE CDP**	1722	**NÚMERO DE RP**	17322
RUBRO	C-2302-0400-1-0-2302024-02				

INFORMACIÓN PARA PAGO					
NÚMERO DE PAGO	DUODÉCIMO (12)	**RÉGIMEN**	NO RESPONABLE DE IVA	**PENSIONADO**	NO
CONCEPTO DEL PAGO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y/O DE APOYO A LA GESTIÓN			**DECLARANTE DE RENTA**	SÍ

VALOR DEL PAGO SEGÚN CONTRATO	$ 7,231,164.00
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO	$ 7,231,164.00
SUMATORIA DE PAGOS INCLUIDO ESTE	$ 99,428,505.00
SALDO POR PAGAR	$ -

BASE GRAVABLE	$ 0.00
IVA	$ 0.00
TOTAL	$ 0.00

APORTES OBLIG. EN PENSIÓN (16%) (*)	$ 462,794.50
APORTES OBLIG. EN SALUD (12,5%) (*)	$ 361,558.20
APORTES OBLIG. ARL (0,522 %) (*)	$ 15,098.67
APORTES FON. DE SOLID. PENSIONAL (**)	$ 0.00

DATOS BANCARIOS	
BANCO	BANCO DAVIVIENDA
TIPO DE CUENTA	AHORROS
N° DE CUENTA	8188107018

* El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y Fondo de Solidaridad Pensional deben estar calculados con base en el 40% de los honorarios mensuales (sin incluir IVA); en este valor deben estar excluidos los intereses de mora si estos fueron causados.
** Aporte obligatorio para contratistas con base de cotización superior a cuatro (4) salarios mínimos mensuales legales vigentes.

CERTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

1. Anexo Factura original (si aplica), fotocopia de los aportes obligatorios a salud, pensión y ARL del respectivo periodo y documentos establecidos en el contrato como requisitos para pago.
2. En calidad de contratista certifico bajo la gravedad de juramento, que los documentos soporte del pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a ingresos provenientes del presente contrato, sujeto a retención en la fuente a título de renta. Artículo 4 Decreto 2271 / 18 de junio de 2.009.
*Lo anterior NO aplica para el primer pago del contrato.
3. De acuerdo con los plazos establecidos en el Articulo 3.2.2.1. del Decreto 1990 de 2016, expedido por el Ministerio de Salud y Protección Social sobre el pago de los aportes al sistema de seguridad social y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019, certifico que el aporte correspondiente al último pago será mes vencido y será cancelado bajo el 40% de los honorarios percibidos en este periodo. De no hacerlo me haré responsable en el caso de ser requerido por los Entes de Control, por no cumplir con lo establecido en el artículo 3.2.7.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 244 de la ley 1955 del 2019.
4. En mi calidad de CONTRATISTA certifico que la presente cuenta de cobro y el respectivo informe de actividades fueron anexados en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato".
5. De conformidad con el Artículo 10 del Estatuto tributario declaro que soy Nacional y/o residente en Colombia. (si NO es residente adjunte fotocopia de su pasaporte evidenciando fecha de ingreso al pais).

Certifico bajo la gravedad de juramento que las declaraciones aqui establecidas se encuentran aceptadas y que la información suministrada es veraz; firmo en constancia:

FIRMA: MEDINA RAMÍREZ DIEGO ALDEMAR

CERTIFICACIÓN DEL (OS) SUPERVISOR(ES) DEL CONTRATO

NOMBRE	CARGO	DIRECCIÓN/SUBDIRECCIÓN
JOSÉ ALFREDO RUÍZ PERALTA	SUBDIRECTOR	SUBDIRECCIÓN DE SERVICIOS CIUDADANOS DIGITALES

En mi calidad de SUPERVISOR(ES) del presente contrato de prestación de servicios, certifico que las actividades descritas por parte del contratista en el informe de ejecución corresponden al periodo de pago y las evidencias corresponden a las actividades reportadas, así mismo certifico que los comprobantes de pagos correspondientes a los aportes obligatorios en Salud, Pensión, ARL y Fondo de Solidaridad Pensional corresponden al periodo descrito en el informe de ejecución de actividades o el inmediatamente anterior, información que fue anexada con la presente cuenta de cobro en la plataforma SECOP II en la sección "Ejecución del Contrato", razón por la cual autorizo el pago.

JOSE ALFREDO RUIZ PERALTA
Digitally signed by JOSE ALFREDO RUIZ PERALTA
Date: 2022.12.09 16:12:30 -05'00'

FIRMA: JOSÉ ALFREDO RUÍZ PERALTA

Si usted copia o imprime este documento la Agencia Nacional Digital lo considerará como no Controlado y no se hace responsable por su consulta o uso.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80154330	DIEGO ALDEMAR MEDINA RAMIREZ	Carrera 111C # 88-15 Torre 4 Apartamento 501	3176756032	ing.d.medina@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-11	2022-11	I	18/11/2022	63356868	$1.049.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	452.000	0		0		0	0	0	0	452.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	578.500	0	0	0	0	0	0		578.500	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	18.900				18.900	0	0	18.900			189	18.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	452.000	452.000
Pensión	1	578.500	578.500
Riesgos Laborales	1	18.900	18.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.049.400	1.049.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80154330	DIEGO ALDEMAR MEDINA RAMIREZ	Carrera 111C # 88-15 Torre 4 Apartamento 501	3176756032	ing.d.medina@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-11	2022-11	I	18/11/2022	63356868	$1.049.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80154330	MEDINA RAMIREZ DIEGO ALDEMAR	59	0			N																	25-14	3.615.582	578.500	0	0	0	0	EPS010	3.615.582	452.000	14-23	3.615.582	1	18.900		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80154330	DIEGO ALDEMAR MEDINA RAMIREZ	Carrera 111C # 88-15 Torre 4 Apartamento 501	3176756032	ing.d.medina@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	06/12/2022	63852242	$839.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	361.600	0		0		0	0	0	0	361.600	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	462.800	0	0	0	0	0	0		462.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	15.100				15.100	0	0	15.100			151	15.100	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	361.600	361.600
Pensión	1	462.800	462.800
Riesgos Laborales	1	15.100	15.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	839.500	839.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	80154330	DIEGO ALDEMAR MEDINA RAMIREZ	Carrera 111C # 88-15 Torre 4 Apartamento 501	3176756032	ing.d.medina@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2022-12	2022-12	I	06/12/2022	63852242	$839.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80154330	MEDINA RAMIREZ DIEGO ALDEMAR	59	0			N		X															25-14	2.892.466	462.800	0	0	0	0	EPS010	2.892.466	361.600	14-23	2.892.466	1	15.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Proceso: Gestión Contractual
FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES
Versión: 3
CT.FT.02

Fecha de expedición del documento: *Diciembre 2022*
Nombre: Diego Aldemar Medina Ramírez
N° contrato: AND-190-2022
Fecha de inicio: 25/01/2022
Fecha de terminación: 31/12/2022
Período de pago: Diciembre de 2022
N° de pago y/o factura: 012
Objeto Contractual: Prestar por sus propios medios con plena autonomía técnica y administrativa, sus servicios profesionales, para ejecutar las actividades propias del análisis de procesos y servicios en el marco de los proyectos que adelante la Agencia Nacional Digital.
Supervisor: *José Alfredo Ruíz Peralta*

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
01	Apoyar las actividades relacionadas con la coordinación interinstitucional para el despliegue de los Servicios Ciudadanos Digitales en las entidades públicas.	• ALCALDIA DE SANTA MARTA -SEGUIMIENTO • IO MIN CULTURA - SDCRD | Vinculación IO • Reunión Abordaje Proy Interoperabilidad- SINCHI • CPAE | AUTH | Mesa Técnica de Validación FrontchanelLogout • IO | SDRCD - MIN CULTURA | Mesa Técnica	Calendar - Diego Aldemar Medina Ramírez - Outlook.pdf
02	Realizar el análisis de los procesos y servicios que requieren los proyectos que adelanta la AGENCIA NACIONAL DIGITAL siguiendo con la metodología propuesta para tal fin	• Elaboración de documento de acta de cierre de proyecto Minagricultura – Beneficiarios • Elaboración de documento de acta de cierre de proyecto Minagricultura – Mi registro rural carnet	34.2. Acta_Cierre_CCD_0050_2022_23122022.pdf 34.2. Acta_Cierre_CCD_0051_2022_23112022.pdf

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
03	Apoyar la identificación y el análisis de aquellos procesos susceptibles de intercambio de información entre diferentes entidades en el desarrollo de los proyectos que adelanta la AGENCIA NACIONAL DIGITAL para la integración de los servicios ciudadanos digitales, tomando como base el marco de interoperabilidad del Estado.	• Se pudo solucionar el inconveniente con Minambiente y se estableció un plan acelerado para poder finalizar la Autenticación.	N/A
04	Apoyar en el análisis y diseño de la integración de los trámites y servicios que requieran los Servicios Ciudadanos Digitales.	• Se realizó gestión con Alcaldía de Santa Marta para aclarar dudas y continuar con la etapa de análisis.	N/A
05	Realizar la documentación requerida para el levantamiento de procesos institucionales que se requieran para la integración de los Servicios Ciudadanos Digitales.	• Elaboración de actas de cierre para las 2 carpetas de Minagricultura	34.2. Acta_Cierre_CCD_0050_2022_23122022.pdf 34.2. Acta_Cierre_CCD_0051_2022_23112022.pdf
06	Mantener actualizadas las herramientas de gestión como Jira y Confluence relacionadas con los proyectos adelantados por la AGENCIA NACIONAL DIGITAL a través de la Subdirección de Servicios Ciudadanos Digitales.	Se realizó la gestión de cargue de documentación de la célula 5 y alimentación de los documentos correspondientes para el cierre de la vigencia 2022	N/A
07	Hacer entrega oportuna de informes solicitados por las subdirecciones de la AGENCIA NACIONAL DIGITAL.	Elaboración de informes de actividades	N/A
08	Participar en las reuniones interinstitucionales e institucionales relativas a temas derivados del objeto del contrato, así	• Café AND Subdirección Servicios Ciudadanos Digitales • Reunión Seguimiento Célula 5 • REUNIÓN DOCUMENTACIÓN	Calendar - Diego Aldemar Medina Ramírez - Outlook.pdf

*Nº	Obligaciones Específicas (Obligaciones contractuales)	Descripción (Actividades desarrolladas y productos generados en el periodo, respecto a cada una de las obligaciones estipuladas en el contrato)	Evidencia (Enlace a la evidencia de la actividad)
	como las fijadas por la AGENCIA NACIONAL DIGITAL.	• Reunión Seguimiento Célula 5 • Café AND Subdirección Servicios Ciudadanos Digitales	
09	Las demás actividades que sean solicitadas por el supervisor y que guarden relación con el objeto contractual.	• Se participó en las reuniones programadas por Talento Humano	Calendar - Diego Aldemar Medina Ramírez - Outlook.pdf

* Corresponde al número de la obligación contractual según el orden en el que se encuentra en el estudio previo

Observaciones
Se adjunta el soporte de pago de seguridad social del mes de diciembre.

December 2022

Calendar

19	20	21	22 3 PM **Café AND Subdirecci**	23 9 AM **Reunión Seguimie**	24 Nochebuena	25 Día de Navidad
26	27	28	29	30 9 AM **Reunión Seguimie**	31 Nochevieja	1 Jan Año Nuevo

Proceso: Gestión Financiera
FORMATO CERTIFICACIÓN PARA TRATAMIENTO COMO ASALARIADO
Versión: 1
FN.FT.03

Bogotá D.C., diciembre de 2022

Señores
CORPORACION AGENCIA NACIONAL DE GOBIERNO DIGITAL
Ciudad

REF: CERTIFICACION PARA TRATAMIENTO COMO ASALARIADO PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE – RENTAS DE TRABAJO.

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Yo MEDINA RAMÍREZ DIEGO ALDEMAR, identificado(a) con la cédula de ciudadanía 80154330, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones tributarias del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

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 los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, SI ( ) NO (X) **"He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)**

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,

Firma
C.C. 80154330