CERTIFICADO DE VINCULACION DE TRABAJADORES ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD

(Artículo 383 de Estatuto Tributario modificado por artículo 42 de Ley 2010/2019- numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625/2016 sustituido por el artículo 1 del Decreto 359/2020)

FAVOR DILIGENCIAR A MANO POR QUIEN INFORMA

Yo, Claudia Fernanda Pinedo S con documento de identificación No. 37.329814

INFORMO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO
QUE:

Estoy vinculado al Distrito Santiago de Cali, hasta el 20 de Dic de 2022 mediante contrato por prestación de servicios y para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del E.T., a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES, manifiesto que no tengo contratados o vinculados dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad.

Así mismo, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 y el inciso 2 del numeral 2 del artículo 388 del Estatuto Tributario. Toda vez que, para el caso de honorarios cumplo con las previsiones del numeral 6.1 del artículo 1.2.4.1.6 del DUR 1625 de 2016 y, tratándose de compensación por servicios personales, con lo dispuesto en el numeral 6.2 del mismo ordenamiento legal.

CIUDAD Y FECHA Santiago de Cali 13 Octubre 2022

FIRMA

ORGANISMO: Secretaria Distrital de Salud

Escaneado con CamScanner

Santiago de Cali, 13 de Octubre de 2022

Señores
Departamento Administrativo de Hacienda Municipal
Oficina de Contabilidad
Alcaldía Municipal de Santiago de Cali
Ciudad

Para efectos de la deducción por dependientes (Artículos 387 y 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Articulo 9 del Decreto 2250 de 2017), CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que las
siguientes personas que relaciono, son mis dependientes y que por ellos no se ha solicitado este beneficio por otro contribuyente:

CATEGORIA	CARACTERISTICAS
1	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
2	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
3	Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por 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 260 UVT ($9.881.040 para el año 2022), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.
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 260 UVT ($9.881.040 para el año 2022), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

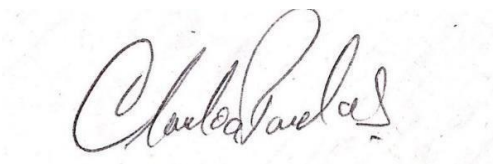
CATEGORIA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO
1	Gabriela Romero Pineda	1.110.294.535	Hija

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO:

CERTIFICADO CORRECCION MONETARIA-------- AÑO -------- SI ( ) NO ( )
CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA----------AÑO -------- SI ( ) NO ( )

Nombre: Claudia Fernanda Pineda Jaime Firma:



No. de Documento 37.329.814 Ocaña Organismo: Secretaria Distrital de Salud .

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO **1.110.294.535**

ROMERO PINEDA

APELLIDOS

GABRIELA

NOMBRES

Gabriela Romero Pineda

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-SEP-2007

CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO

06-SEP-2025
FECHA DE VENCIMIENTO

B+
G S RH

F
SEXO

23-JUN-2015 OCAÑA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-2506100-00746675-F-1110294535-20150916 0046450144A 1 6983461599

LEO

ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP	1110294535

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 40671610

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policia	Código
	X	0 6				T Y Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
xxxxxxxx ROMERO xxxxxxxxxxx	xxxxxxxxxxx PINEDA xxxxxxxxx

Nombre(s)

xxxx GABRIELA xxxxxx

Fecha de nacimiento			Sexo (en letras)	Grupo Sanguineo	Factor RH
Año 2007	Mes SEP	Día 06	FEMENINO	B	(+)

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA VALLE DEL CAUCA CALI

Tipo de documento antecedentes o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERT MEDICO FUNDACION CLINICA VALLE DEL LILI	A 8233801

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

PINEDA JAIME CLAUDIA FERNANDA xxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C No 37.329.814 OCAÑA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ROMERO MUÑOZ LUIS GUILLERMO xxxxxxxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C No 73.572.345 CARTAGENA	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ROMERO MUÑOZ LUIS GUILLERMO xxxxxx

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C NO 73.572.345 CARTAGENA	73.572.345

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX

Fecha de inscripción			Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2007	Mes SEP	Día 07	CESAR AUGUSTO LEMOS POSSO
			Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
Firma	Nombre y Firma

ESPACIO PARA NOTAS

REPUBLICA DE COLOMBIA
CIELO MARIA BETANCOURT
Notaria Sexta Encargada
NOTARIA SEXTA DE CALI

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

Scanned with CamScanner

Escaneado con CamScanner