Centro Nacional de Memoria Histórica	Certificación del supervisor - Contratos de prestación de servicios - Personas naturales	CÓDIGO:	ABS-FT-018
		VERSIÓN:	017
		PÁGINA:	1 DE 1

Datos del contratista

Nombre:	Linda Carolina Rodríguez Tocarruncho								
Tipo de identificación:	Cedula de ciudadanía	X	Cédula de extranjería		Pasasporte		No.	52.822.432	

Datos del contrato

N° Contrato:	209-2024	Valor total:	$ 80.594.787,00
Fecha de inicio: 16/02/2024		Fecha de terminación: 30/12/2024	
Fecha de cesión (cuando aplique):	N/A	Fecha de terminación anticipada (cuando aplique):	N/A
Lugar de ejecución del Contrato:	Bogotá		

Objeto del contrato: Prestar servicios profesionales para orientar la implementación de la política editorial, la ejecución del plan de producción editorial, de diseño, diagramación y construcción de materiales de apropiación de la memoria histórica.

Datos para el pago

Registro Presupuestal - RP No.	23724	Fecha Registro Presupuestal:	**08/02/2024**
Periodo del informe y de la certificación de pago		Desde: **16/02/2024**	Hasta: **29/02/2024**

RESPONSABLE DE IVA (Seleccionar)	NO	ARL - Riesgo III (Seleccionar)	NO	Pensionado Seleccionar	NO

Valores			
	Honorarios mensuales antes de IVA:	$ 3.837.847,00	
	Iva (Cuando aplique)		
	Ingreso base cotización SGSS:	$ 1.535.138,80	
	Aportes obligatorios en salud (*):	$ 191.900,00	
	Aportes obligatorios en pensión (*)+ FSP:	$ 245.600,00	
	Aportes a riesgos profesionales (*):	$ 8.000,00	
	Mes de Cotización y Pago de Seguridad Social	**Mes de aportes**	**Valor pagado (*)**
		Febrero	**$ 638.500**

(*) El valor de los pagos correspondientes a los aportes obligatorios en salud, pensión y riesgos profesionales 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.

Certificación del contratista:

En mi 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. Decreto 2271 de junio 18 de 2009, articulo 4, parágrafo 1.



Linda Carolina Rodríguez Tocarruncho

Certificación del supervisor del contrato:

Nombre del supervisor:	Daniel Fernando Polanía Castro			C.C.	80.792.370
Cargo supervisor:	Profesional especializado de la Estrategia de Comunicaciones	Cuando se trate de períodos espécifícos de supervisión:	Desde	Hasta	
			Desde	Hasta	

En mi calidad de supervisor del contrato certifico que el CONTRATISTA ha cumplido a cabalidad con el objeto y obligaciones contractuales requeridas para el pago y que la presente solicitud de pago cuenta con todos los soportes de ley que debe presentar el contratista, los mismos han sido verificados previamente. Por lo anterior autorizo el pago registrado en la presente certificación.

FIRMA	FIRMA
Daniel Fernando Polanía Castro	*NOMBRE DEL SUPERVISOR*
	**En caso de ser único supervisor solo firmar una vez*

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-02-19, 08:33:51 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1061588418

Periodo Cotización: febrero de 2024 **Periodo Servicio:** febrero de 2024

PAGADO 19/02/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	LINDA CAROLINA RODRIGUEZ TOCARRUNCHO		
Documento	CC52822432	**Dirección**	CR 8 SUR #13 - 34 INT 1 APTO 601
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	6019269601
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días APP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 52822432	LINDA CAROLINA RODRIGUEZ TOCARRUNCHO	59	00																	0	30	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 2.200.000	$ 352.000	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 2.200.000	$ 275.000	0,522	$ 2.200.000	$ 11.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 638.500

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.200.000	$ 2.200.000	$ 2.200.000	$ 0	$ 352.000	$ 275.000	$ 11.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 638.500	$ 0	$ 638.500

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

Cuenta de cobro N.° **001**

Ciudad: Bogotá D. C. Fecha: 29 de febrero del 2024

CENTRO DE MEMORIA HISTÓRICA
NIT: 900.492.141 – 5

Debe a:
Linda Carolina Rodríguez Tocarruncho
CC 52.822.432
No responsable de IVA

La suma de tres millones ochocientos treinta y siete mil ochocientos cuarenta y siete ($3 837 847) m/cte. por concepto de honorarios del mes de **febrero** de acuerdo al contrato 209 de 2024. Informe de actividades entregado a la supervisión.

Atentamente,



Nombre: Linda Carolina Rodríguez Tocarruncho
CC: 52822432
Celular: 3132754050
Dirección: Carrera 8 # 13-34 sur Int. 1 apto. 601

	Manifestación Tributaria Contratistas	CÓDIGO:	GFN-FT-001
		VERSIÓN	014
		PÁGINA:	1 de 1

Normativa: Ley 1607 de 2012, Ley 1819 de 2016, Decretos 099 y 1070 de 2013, Ley 2010 de 2019, Ley 2277 de 2022 y Ley 2277 de 2022			
Ciudad:	Bogotá	Fecha:	29 de febrero de 2024
Nombre:	Linda Carolina Rodríguez Tocarruncho	No. Identificación:	52822432

En mi calidad de contratista del Centro Nacional de Memoria Histórica, me permito manifestar bajo la gravedad de juramento la siguiente información para efectos contables y tributarios:

I. IMPUESTO A LAS VENTAS (Marque con una x según corresponda)

No.	Certificación	SI	NO
1	Mis ingresos en el año 2023 superaron las 4.000 UVT ($169.648.000) valor UVT 2023 $42.412 (*)		X
2	En el año 2023 firmé contratos individuales cuya cuantía superó 4.000 UVT $169.648.000 por venta de bienes o servicios (*)		X
3	En el año 2024 he firmado contratos individuales cuya cuantía supera 4.000 UVT ($188.260.000) por venta de bienes o servicios? Valor UVT 2024 $47.065 (*)		X
4	Tengo más de una oficina o sede donde ejerzo mi actividad		X
5	Tengo un establecimiento de comercio, oficina, sede, local o negocio donde desarrollo actividades bajo franquicia, concesión, regalía, autorización o cualquier otro sistema que implique la explotación de intangibles?		X
6	Soy usuario aduanero		X
7	El monto de mis consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras durante el año anterior o durante el respectivo año, provenientes de actividades gravadas con el impuesto sobre las ventas-IVA superan las 4.000 UVT? (2023 $169.648.000) (2024 $188.260.000) (*)		X
8	Pertenece al régimen SIMPLE de tributación? **Marque SI solo en el caso que tenga inscrita la responsabilidad 47 en el RUT**		X

Parágrafo 3° del Artículo 437 del E.T.

(*) De acuerdo al parágrafo 5° de la Ley 2010 de 2019, los límites de que trata el parágrafo 3 de este articulo (437 E.T.) serán 4.000 UVT para aquellos prestadores de servicios personas naturales que derivan sus ingresos de contratos con el Estado.

II. CLASIFICACION DE CATEGORIA TRIBUTARIA PARA INDUSTRIA Y COMERCIO - (Marque con una x según corresponda)

No.	Información	Respuesta
1	Ciudad o Municipio de ejecución del contrato	BOGOTA
2	Código CIIU de la actividad económica	58111
3	Tarifa de la actividad económica	4,14

III. DEDUCCIONES.

Para efectos de la depuración de la base gravable sobre la cual se aplicará la retención en la fuente a mis pagos realizados por el Centro Nacional de Memoria Histórica, por medio del presente, me permito manifestarles que haré uso de las siguientes deducciones únicamente para el contrato o relación laboral y reglamentaria con el Centro Nacional de Memoria Histórica.

No.	Deducción	SI	NO
1	**Intereses de vivienda:** Anexo certificación de la entidad financiera con corte al 31 de diciembre de 2023.		X
2	**Planes adicionales de salud:** Anexo Certificación de la Empresa de Medicina Prepagada o Compañías de Seguro con identificación de quien es el pagador y nombre de los beneficiarios y de quienes financió, con el monto cancelado por el año 2023.		X
3	**Dependientes:** Hijos menores de 18 años con copia de Registro Civil que acredite parentesco, de 18 a 23 años cuando el padre financia la educación superior (adjuntar Certificado de matrícula cada semestre) mayores de 23 años discapacidad física o mental (certificada por Medicina Legal), Cónyuge o Compañero permanente y padres o hermanos con ingresos de 0 a 260 UVT anuales (Certificado por Contador Público), o discapacidad física o mental certificado por Medicina Legal. (*)*Diligenciar detalle dependientes*	X	

IDENTIFICACION	NOMBRE DEPENDIENTE	PARENTESCO	EDAD
1028487268	Odo Abraham Correa Rodríguez	Hijo	15 años

En virtud de la información proporcionada anteriormente, certifico que las deducciones y/o rentas exentas informadas se solicitan únicamente en relación al contrato con el Centro Nacional de Memoria Histórica, teniendo en cuenta lo indicado en el artículo 332 del E.T. que indica "no se podrá imputar en más de una cédula una misma renta exenta o deducción"

Así mismo, **certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión que adjunto y adjuntaré en cada cobro corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención y su base de cotización corresponde o incluye el valor del contrato con el CNMH.**

IV. RENTAS EXENTAS

No.	Tipo de renta excenta	SI	NO
1	**AFC:** Soporte de la consignación realizada por el contratista a la cuenta AFC que será tomada como deducción en el periodo cobrado.		X
2	**Aportes voluntarios a fondos de pensión:** Soporte de la consignación realizada por el contratista al fondo que será tomado como deducción en el periodo cobrado.		X

Declaro bajo la gravedad de juramento que SI_X__ NO____ tomaré costos o deducciones asociados a los ingresos del contrato suscrito con el CNMH

Declaro que SI_X__ NO___ soy declarante de renta por el año gravable 2023

LINDA CAROLINA RODRÍGUEZ TOCARRUNCHO