Manizales,

DOCTOR
IVAN DARIO DELGADO TRIANA
Contralor General de Manizales
CONTRALORIA MUNICIPAL DE MANIZALES

ASUNTO: Certificación juramentada de NO OBLIGADO A FACTURAR ELECTRONICAMENTE

Apreciados Señores:

Yo, **INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA** identificada con cédula de ciudadanía No.1.112.958.318, manifiesto bajo gravedad de juramento estoy clasificada como **NO OBLIGADA A EXPEDIR FACTURA ELECTRONICA DE VENTA**, de acuerdo a lo preceptuado en el en Numeral 3. Del Artículo 7 de la Resolución 042 de 2020 en concordancia con el Numeral 3. Artículo 1.6.1.4.3 Decreto 1625 de 2016, dado que cumplo con la totalidad de los siguientes requisitos establecidos en los parágrafos 3° y 5° del artículo 437 del Estatuto Tributario:

1. En el año anterior o en el año en curso obtuve ingresos brutos totales provenientes de la actividad, inferiores a 3.500 UVT **($164'727.500)**

2. No tengo más de un establecimiento de comercio, oficina, sede, local o negocio donde ejerzo mi actividad.

3. En el establecimiento de comercio, oficina, sede, local o negocio no desarrollo actividades bajo franquicia, concesión, regalía, autorización o cualquier otro sistema que implique la explotación de intangibles.

4. No soy usuario aduanero

5. No he celebrado en el año inmediatamente anterior ni en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT. **($164'727.500)**

6. 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, no supero la suma de 3.500 UVT. **($164'727.500).**

7. No soy responsable del impuesto sobre las ventas – IVA.

Cordialmente,

Tatiana Escalante.

NOMBRE: INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA
C.C. 1.112.958.318
T.P 388669 Del C.S. de la J.

Nombre INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA
C.C. 1.112.958.318
Contrato de prestación de servicios No. 010-2024

Referencia: Carta No retención **mes de Abril**
Contrato CD 010-2024.

La presente es con el fin de solicitarles que en mi contrato de prestación de servicios profesionales No CD 010-2024, NO se aplique la retención en la fuente, teniendo en cuenta que la BASE MENSUAL de dicho contrato, es de $2.200.000., y así las cosas el mismo no da el monto total establecido en la tabla de retenciones.

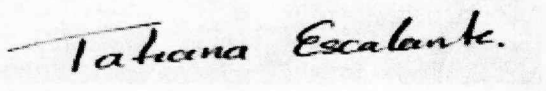
Adicionalmente aporto seguridad social sobre dicha base.

De igual manera y como lo indica el artículo 17 de la ley 1819 del 29 de diciembre de2016 para efectos de determinar la tarifa de retención contenida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 42 de la ley 2010 de 2019:

CERTIFICO LO SIQUIENTE

		SI	NO
1	He contratado dos o más trabajadores asociados a la actividad de servicios		x
2	Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable 2023		x

Cordialmente,



NOMBRE INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA
C.C. 1.112.958.318
T.P 388 669 Del C.S. de la J.

Manizales,

Señores

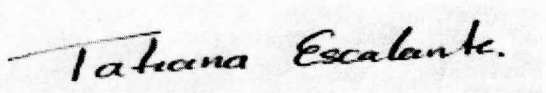
Contraloría General de Manizales
CONTRALORIA MUNICIPAL DE MANIZALES

ASUNTO: Certificación pago seguridad social

Apreciados Señores:

Yo, **INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA** identificada con cédula de ciudadanía No 1.112.958.318, me permito aportar copia del pago de seguridad social integral correspondiente a salud, pensión y riesgos laborales del contrato CD-010-2024 con número de planilla número 29551111 correspondiente al mes de Abril del año 2024.

Atentamente,



INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA
C.C. 1.112.958.318
T.P 388 669 Del C.S. de la J.

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA
IDENTIFICACIÓN:	CC-1112958318
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-05-02
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-05-07
FECHA DE PAGO:	2024-04-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2024-04
PERÍODO SALUD:	2024-04
NÚMERO PLANILLA:	29551111
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	29551111
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
[illegible]005	800251440	SANITAS	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 162.500	$ 162.500
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 208.000	$ 208.000
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.300.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 6.800	$ 6.800
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 377.300	$ 377.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	07/06/2024

Manizales,

Señores

Contraloría General de Manizales
CONTRALORIA MUNICIPAL DE MANIZALES

ASUNTO: Certificación pago seguridad social

Apreciados Señores:

Yo, **INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA** identificada con cédula de ciudadanía No 1.112.958.318, me permito aportar copia del pago de seguridad social integral correspondiente a salud, pensión y riesgos laborales del contrato CD-010-2024 con número de planilla número 29551111 correspondiente al mes de Abril del año 2024.

Adicional a lo anterior,

Tatiana Escalante.

INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA
C.C. 1.112.958.318
T.P 388 669 Del C.S. de la J.

C.C. 1.112.958.318
T.P 388 669 Del C.S. de la J.

Certificación de personas dependientes

Yo, INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA Identificada con cédula de ciudadanía No, 1.112.958.318 de Ginebra y en razón de obtener la deducción por personas dependientes como lo indica el artículo 387 del Estatuto Tributario, me permito manifestar bajo gravedad de juramento que cuento con personas a mi cargo y que dependen económicamente de mí.

TIPO DE DOCUMENTO	NUMERO	NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD
T.I	1.117.024.974	EMILY ARIAS ESCALANTE	HIJA	12

De igual manera me permito manifestar bajo gravedad de juramento a través de este escrito que NO tengo procesos alimentarios en mi contra lo cual se puede certificar en la plataforma (REDAM).

Tatiana Escalante.

INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA
C.C. 1.112.958.318
T.P 388 669 Del C.S. de la J.

T.P 388669 Del C.S. de la J.

Nombre INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA
C.C. 1.112.958.318
Contrato de prestación de servicios No. 010-2024

Referencia: Carta No retención **mes de Abril**
Contrato CD 010-2024.

La presente es con el fin de solicitarles que en mi contrato de prestación de servicios profesionales No CD 010-2024, NO se aplique la retención en la fuente, teniendo en cuenta que la BASE MENSUAL de dicho contrato, es de $2.200.000., y así las cosas el mismo no da el monto total establecido en la tabla de retenciones.

Adicionalmente aporto seguridad social sobre dicha base.

De igual manera y como lo indica el artículo 17 de la ley 1819 del 29 de diciembre de2016 para efectos de determinar la tarifa de retención contenida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 42 de la ley 2010 de 2019:

CERTIFICO LO SIQUIENTE

	SI	NO
He contratado dos o más trabajadores asociados a la actividad de servicios		x
Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable 2023		x

Cordialmente,

Tatiana Escalante.

NOMBRE INGRID TATIANA ESCALANTE PLAZA