GF.700.031.03.12		SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD	BELLAS ARTES INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DEL VALLE
VERSIÓN	3	CERTIFICACIÓN DETERMINACIÓN RENTAS DE TRABAJO - DECLARACIÓN FORMAL DE DESCUENTO POR PAGO AL SGSSI	
FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	31-ene-23		

Señores
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE BELLAS ARTES
NIT: 890.325.989-3
Cali

REFERENCIA: **CERTIFICACIÓN DETERMINACIÓN CEDULAR RENTAS DE TRABAJO**

Yo, SANDRA PATRICIA MARIN identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento, que pertenezco a la cédula de Rentas de Trabajo establecida en el artículo 103 del Estatuto Tributario, y que la información suministrada es fidedigna y corresponde a los soportes que me permiten obtener las deducciones y rentas exentas para aplicar en los siguientes contratos de prestación de servicios suscritos con el Instituto Departamental de Bellas Artes.

No. Contrato de Prestación de Servicios y/o Orden de Servicios	Valor Total Contrato antes de IVA	Fecha de Inicio (DD/MM/AA)	Fecha de terminación (DD/MM/AA)	No. Cuotas	Valor Cuota
CDPS-093-2024	$ 7.831.667	12/03/2024	30/06/2024	4,0	$ 1.850.000
					$ 1.850.000

Total Ingreso mensual Base de Cotizacion Seguridad Social **$ 1.300.000**

Valor SMMLV 2024 **1.300.000**

¿Es usted Pensionado?	SI ( )	NO (X)
¿Es usted funcionario administrativo y/o docente de Bellas Artes?	SI ( )	NO (X)
Adjuntó Certificado de Dependientes con anexos	SI ( )	NO (X)

Declaración formal de descuento en aplicación del Dcto. 2271 de 2009 y el art. 126-1 del E.T.

Así mismo, declaro bajo gravedad de juramento en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009 y el articulo 126-1 del Estatuto tributario, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, de los Contratos relacionados anteriormente suscritos con el Instituto Departamental de Bellas Artes.

A continuación se relacionan los documentos soporte de los aportes efectuados al Sistema de Seguridad Social Integral:

PERIODO COTIZADO	NOMBRE DE LA ENTIDAD		VALOR ESTIMADO POR PAGAR	VALOR DEL APORTE PAGADO	VALOR TOTAL DE APORTES
Abril de 2024	**Salud**	**EPS SURA**	$162.500,00	$162.500,00	**377.300,00**
	Pensión	**PORVENIR**	$208.000,00	$208.000,00	
	ARL	**SURA**	$6.800,00	$6.800,00	

Así mismo, informo que mis ingresos por el respectivo periodo de cotización no exceden el tope de los 25 SMMLV de que trata el artículo 3 del Decreto 510 de 2003.

Firma del contratista Sandra P. Marín.

Nombres y apellidos: SANDRA PATRICIA MARÍN

N°documento de ID: 66.828.501

Este documento es propiedad del Instituto Departamental de Bellas Artes. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.

Powered by CamScanner