

Señores:
INSTITUTO DISTRITAL PARA LA RECREACION Y EL DEPORTE
 Ciudad.

CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO
 (Artículos 330 al 336 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)

Conozco que esta información debo entregarla a la entidad contratante antes de cualquier pago que se tramite en dicho mes, en los términos establecidos en el Decreto 1070 de 2013.

Conozco que de acuerdo con el párrafo 6 del artículo 1 del Decreto 1070 de 2013, el incumplimiento en la obligación de entregar esta información, ante la Entidad contratante, deberá ser informada a la U.A.E. Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales - DIAN, con el fin de que la administración tributaria me imponga las sanciones pertinentes.

De conformidad con la referencia me permito manifestar bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1	Contrato No.	2347 - 2019											
2	Nombre del Contratista	YOHAN ALEXANDER MOSQUERA RENGIFO											
3	Identificación	CC	x	CE				1.030.551.224					
4	Responsable de impuesto a las ventas							SI		NO	X	REGIMEN SIMPLE	X
5	Residente en el país (Extranjeros)							SI		NO			
6	Tengo contratadas dos o mas personas para realizacion de las actividades que se requieren en cumplimiento del objeto del presente contrato (artículo 340 del Estatuto Tributario Nacional -Ley 1819 de 2016.)							SI		NO		x	
7	Declaración de ingresos												
	c) Mis ingresos totales en el año gravable 2019, fueron iguales o superiores a 1.400 UVT (2019), equivalentes a \$47.978.000							SI		NO		x	
8	Valor de los aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social correspondiente al 40% de los ingresos recibidos efectivamente en el <u>MES ANTERIOR</u> provenientes del contrato materia de pago sujeto a retención.												
	Aporte Obligatorio de Salud mensualizado \$	109.800,00						Aporte Obligatorio de Pensión mensualizado \$ 140.500,00					
	Afiliación Aportes Riesgos Laborales ARL \$	21.400,00						Nota: el valor pagado por ARL no disminuye la base de la retencion en la fuente					
9	Ingresos no constitutivos de renta, ni de ganancia ocasional mensual												
	AFC \$							Ahorro Voluntario Pensión \$					
10	Intereses en créditos de vivienda de habitación. Certificado expedido por la entidad vigilada por la Superfinanciera que indique el valor de los intereses pagados en el año inmediatamente anterior (2019). Indique el o los titulares del crédito de vivienda. Anexo							SI		NO		x	
11	Pago medicina prepagada o planes complementarios de salud (para el titular, cónyuge y hasta dos hijos) Certificado expedido por la entidad vigilada por la Supersalud que indique el valor pagado en el año inmediatamente anterior (2019). Anexo							SI		NO		x	
12	Dependientes: Certifico bajo gravedad de juramento que las personas claramente identificadas con numero de identificación y vínculo de parentesco, las cuales soporto, tienen dependencia económica de mí.												
	a) Hijos menores de 18 años (entregar registro civil). Anexo							SI		NO		x	
	b) Hijos entre 18 y 23 años estudiantes (entregar registro civil y recibo de pago de matrícula o certificado de pagos expedidos por la entidad aprobada por el ICFES). Anexo							SI		NO		x	
	c) Hijos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (entregar registro civil y certificado expedido por medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO		x	
	d) Cónyuge o compañero permanente, en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos menores a 260 UVT (2019) \$8.910.200 anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar Certificado de medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO		x	
	e) Padres y los hermanos por situación de dependencia sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores a 260 UVT (2019) \$8.910.200. anuales (entregar certificado de Contador Público. Cuando sea dependencia factores físicos o psicológicos entregar certificado de medicina legal ó EPS). Anexo							SI		NO		x	
13	Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios.							SI		NO		x	
14	(OPCIONAL) Como declarante del impuesto de renta, solicito se me practique una tarifa de retención en la fuente superior a la establecida en el parágrafo 3° del Artículo 3° del Decreto 0099 de 2013, la cual será por un porcentaje de:												

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al Sistema de de Seguridad Social en Salud y Pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

DECLARO QUE LOS SOPORTES ADJUNTOS NO SERAN PRESENTADOS ANTE OTRA ENTIDAD PARA DEPURACION POR LOS MISMOS CONCEPTOS, RESPETANDO LOS TOPES ESTABLECIDOS EN LA NORMA Y CUALQUIER CAMBIO EN LAS CONDICIONES QUE IMPIDAN SU APLICACION LO NOTIFICARE DE INMEDIATO.

Dada en Bogotá D.C. a los: DD **12** MM **3** AA **2020**


 FIRMA

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YOHAN ALEXANDER MOSQUERA RENGIFO
No. Identificación: CC1030551224
Dirección: CARRERA 74 NO. 43 - 34 SUR
Telefono: 3098221
Correo: entrenadorarqueros@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 40815537

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YOHAN ALEXANDER MOSQUERA RENGIFO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1030551224	Periodo de Cotización Salud	febrero de 2020
Número de planilla	40815537	Periodo de Cotización Pensión	febrero de 2020
Fecha pago	2020-03-24	Número de Administradoras	3
Número de autorización pago	774889	Total Pagado	258900
Banco	1083	Total Intereses de Mora	3300

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
230301	Porvenir	142300	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	5400	1
EPS008	Compensar EPS	111200	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030551224
APELLIDOS Y NOMBRES: YOHAN ALEXANDER MOSQUERA RENGIFO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	877803	877803	0	877803	109800	0	140500	0	0	0

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): YOHAN ALEXANDER MOSQUERA RENGIFO
No. Identificación: CC1030551224
Dirección: CARRERA 74 NO. 43 - 34 SUR
Telefono: 3098221
Correo: entrenadorarqueros@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8341488992

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	YOHAN ALEXANDER MOSQUERA RENGIFO	Número de Empleados	1
Tipo y número de identificación	CC1030551224	Periodo de Cotización Salud	marzo de 2020
Número de planilla	8341488992	Periodo de Cotización Pensión	marzo de 2020
Fecha pago	2020-03-27	Número de Administradoras	4
Número de autorización pago	41488992	Total Pagado	277000
Banco	1052	Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	21400	1
230301	Porvenir	140500	1
CCF24	Compensar Caja de Compensacion Fliar	5300	1
EPS008	Compensar EPS	109800	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1030551224
APELLIDOS Y NOMBRES: YOHAN ALEXANDER MOSQUERA RENGIFO

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	230301	877803	877803	877803	877803	109800	0	140500	0	21400	0



**ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL
DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES**

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Básica del Afiliado :

TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	1000651224
NOMBRES	YOHAN ALEXANDER
APELLIDOS	MOSQUERA RENGIFO
FECHA DE NACIMIENTO	28/01/2013
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Situación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE INGRESO AL REGIMEN	FECHA DE TERMINACIÓN DEL REGIMEN	OTRO ESTADO
ACTIVO	COMPENSAR E.P.S.	CONTRIBUTIVO	28/01/2013	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de impresión : 08/07/2020 10:04:24 | Entidad de origen : 10004 111 115

Se registró en esta página en reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4022 de 2016.

Las fechas de afiliación y cotización en esta consulta, se refieren a la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, de cual fue reportada por la EPS o EOC, sea porque que haya estado en el Régimen Contributivo o en Subsidio en dicha entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC, a su vez se indica que la fecha de 31/12/2999 determina la fecha de encuentro vinculado con la entidad que genera la consulta.

Entidad por la cualidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información, en este caso de las EPS, EOC y