CUENTA DE COBRO DE PERSONA NATURAL
NO OBLIGADA A FACTURAR

(Artículo 616-2 del Estatuto Tributario; literal c) del D.R. 1001/2007; Y 3 DEL D.R. 522/03)

Aquitania, Septiembre 04 de 2024

MUNICIPIO DE AQUITANIA
NIT: 800.077.545
TEL: 7794118 - 7794315
Calle 6 No. 6 – 43/45.
AQUITANIA - BOYACÁ

Cuenta de cobro 003

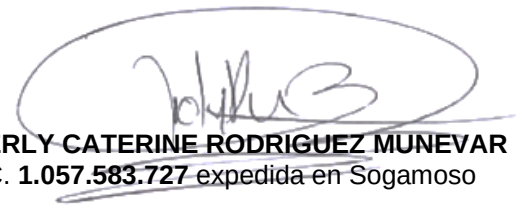
DEBE A:
DERLY CATERINE RODRIGUEZ MUNEVAR
CC: 1.057.583.727

La suma de: TRES MILLONES TRESCIENTOS VEINTIÚN MIL CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL ($3.321.428)

Concepto de: "PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO CONTADORA PUBLICA PARA EL ANÁLISIS, REGISTRO Y REPORTE CONTABLE DEL MUNICIPIO DE AQUITANIA"

PAGO PARCIAL del Contrato N° 097 correspondiente al acta de pago parcial N° 03

Atentamente,



DERLY CATERINE RODRIGUEZ MUNEVAR
CC. **1.057.583.727** expedida en Sogamoso

Nota: Anexo certificación para efectos de retención en la fuente, según artículo 383° del Estatuto Tributario.

Solicito, bajo mi autorización, que los valores correspondientes a la cancelación de la presente cuenta sean consignados por la Alcaldía Municipal de Aquitania a la cuenta de ahorros No. **23027013206-1 del BANCO POPULAR** -De Sogamoso de la que soy titular.

Aquitania, Septiembre 04 de 2024

Doctor
OSCAR DARIO HURTADO
Alcalde Municipal Aquitania
Nit: 800.077.545-5

Asunto: Declaración Juramentada Para Efectos Tributarios – Ley 1819 De 2016 Sistema de Determinación del Impuesto Sobre la Renta de las Personas Naturales.

Yo, **DERLY CATERINE RODRIGUEZ MUNEVAR identificada**(o) con Cédula de Ciudadanía número 1.575.837.27 expedida en la ciudad de Sogamoso, obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del pago correspondiente **03** del contrato **097 de 2024** objeto de esta declaración.

1. Para la aplicación de la Retención en la Fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto Tributario, me permito: Certificar que SI ☒ NO ☐ soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios Año 2023

2. . Solicitar que me sea aplicada una tarifa de retención en la Fuente, superior a la establecida, así: __10%_____

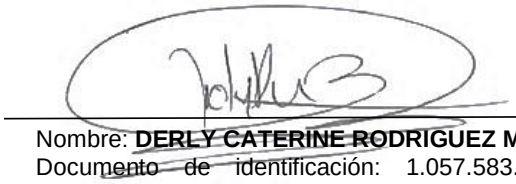
3. De acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del Estatuto Tributario, para efectos de disminución en la Retención en la fuente estoy anexando :

☐ certificado de: Intereses de Vivienda ó Leasing habitacional
☐ Medicina prepagada
☐ Póliza de salud
☐ Cuentas AFC
Expedido por: _____

4. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1607 de 2012, tengo personas dependientes:
SI ☒ NO ☐

Certifico que los documentos soportes que presento del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud, pensión, ARL y voluntarios AFC, medicina prepagada, intereses de vivienda o costo financiero de Leasing habitacional , deducción de dependientes, cumplen con los requisitos de monto y periodicidad establecidos en las normas vigentes, y los ingresos corresponden al Contrato suscrito y que éstos no han sido ni serán presentados a otra entidad.

En constancia de lo anterior se firma a los 04 días del mes de Septiembre de 2024



Nombre: **DERLY CATERINE RODRIGUEZ MUNEVAR**
Documento de identificación: 1.057.583.727 de Sogamoso
Correo electrónico: asesorcontabledj@gmail.com
Celular: 3103330384

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DERLY CATERINE RODRIGUEZ MUNEVAR** identificado con **CC** No. **1057583727**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
MUNICIPIO DE AQUITANIA - NI. 800077545	**Fecha de inicio de cobertura:** 16/07/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 28/05/2024 **Fecha fin de Contrato:** 28/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20240101867330.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de agosto de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit: 860.011.153-6 · **Línea gratuita nacional:** 01-8000-111-170 **Teléfono:** (601) 330-7000
Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo Rincón · defensordelcliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 51 Oficina 206 Bogotá. Teléfono: (601) 610 8164