FACTURA EQUIVALENTE Y/O CUENTA DE COBRO					
FECHA	2	9	2024		
BENEFICIARIO:	DORIS MILENA MESA DIAZ			DOCUMENTO DE COMPRAS Y/O SERVICIOS NO RESPONSABLE	
C.C O NIT.:	46.380.300				
DIRECCION:	Calle.7a No.14A-66			N° 05	
CIUDAD:	Sogamoso				
CELULAR:	3212564159				

CONCEPTO		VALOR
EL CONTRATISTA SE COMPROMETE PARA CON EL CONCEJO A PRESTAR SUS SERVICIOS PROFESIONALES BRINDANDO ASESORIA DE APOYO A LA GESTION EN EL SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACION, MANTENIMIENTO Y MEJORAMIENTO DEL SISTEMA DE CONTROL INTERNO DEL CONCEJO MUNICIPAL DE TIBASOSA DURANTE LA VIGENCIA 2024. CORRESPONDIENTE AL PERIODO DEL 01 AL 31 DE AGOSTO DE 2024.		**$ 1.750.000**
OBSERVACIONES:	**SUBTOTAL** **RETEFUEN ( ) %** **RETEIVA ( ) %** **TOTAL**	**$ 1.750.000** **$ 1.750.000**

VALOR EN LETRAS	FIRMA DEL BENEFICIARIO
SON: **UN MILLON SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS**	**DORIS MILENA MESA DIAZ** CC.46380300

Para efectos de los requisitos índole tributaria y de seguridad social que debo acreditar ante la entidad, me permito manifestarle bajo la gravedad del juramento que:

1. DATOS GENERALES	
Nombres y Apellidos	DORIS MILENA MESA DIAZ
Documento de identidad	46.380.3000
Régimen del Impuesto a las Ventas al que pertenece:	NO RESPONSABLE
Mes al que pertenece la Certificación	AGOSTO

2. DECLARACION PARA RETENCION EN LA FUENTE

Para efectos de la aplicación de la Retención en la Fuente de que trata el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, y la Ley 1493 de 2018 (Reforma Tributaria) me permito:

- Certificar que si ( ) No.(x) soy contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen de tributación -SIMPLE- según art.911 Estatuto Tributario.
- Certificar que si ( ) No (X) soy Declarante del Impuesto sobre la Renta y Complementarios.
- Solicitar que me sea incrementada la tarifa de retención en la fuente calculada para este pago en un _0__%.

3. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ANTE EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

Los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social, cumplen los requisitos de Monto y Periodicidad establecidos por las normas vigentes y corresponden a los ingresos derivados de prestación de servicios, así:

Operador: Aportes en Línea
Aporte salud: $ 290.000
Aporte ARL: $ 12.200

No. De planilla: 9471428554
Aporte pensión: $ 371.200

Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes Obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión, corresponden al pago realizado por concepto de los ingresos materia del pago sujeto a retención.

Se expide en Tibasosa a los dos (02) días del mes de septiembre de 2024

DORIS MILENA MESA DIAZ
C.C.No.46.380.300