**INSTITUCIÒN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA – IUB NIT. 802.011.065 – 1**

**DEBE A:**

**JULIETH DEL CARMEN NAVARRO BERMEJO**
**C.C. 1.048.278.309 de Malambo**

**VALOR DEL PAGO MENSUAL:** Dos Millones Quinientos Mil Pesos Moneda Legal Pesos M/L ($ 2.500.000)

**PERIODO DEL CONTRATO:** Segundo pago contrato 20240575.

**OBJETO DEL CONTRATO:** Prestación de servicios de apoyo a la gestión en la Institución Universitaria de Barranquilla - IUB.


INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA
**Rad:** 19865 **Fecha:** 23/10/2024 **Hora:** 09:40:50
**Asunto:** CUENTA DE COBRO 20240575. SEGUNDO PAGO
**Anexos:** 9 FOLIOS
**Remite:** JULIETH DEL CARMEN NAVARRO BERMEJO
**Destino:** RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO

**NÚMERO DEL CONTRATO: 20240575**

**NÚMERO DEL CDP:** 240591

**NÚMERO DEL RP:** 241429

**NÚMERO DE CUENTA A CONSIGNAR:** Cuenta de ahorro 0550488433942726 del Banco Davivienda.

**LUGAR DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO:** Barranquilla, 17 de octubre 2024.

**JULIETH DEL CARMEN NAVARRO BERMEJO**
**C.C. 1.048.278.309 de Malambo**

CEL 3005282853 correo: correo Mujeresdeterminadas28@gmail.com

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | **17** | **de** | **Octubre** | **de** | **2024** |

## Acta de recibo Inicial_ Parcial _x_ Final __

| **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Contrato número:** | 20240575 |
| **Tipo de contrato:** | Prestación de servicios de apoyo a la gestión en la Institución Universitaria de Barranquilla - IUB |
| **Nombre de Contratista:** | JULIETH DEL CARMEN NAVARRO BERMEJO |
| **Objeto del contrato:** Prestación de servicios de apoyo a la gestión en la Institución Universitaria de Barranquilla - IUB | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del contrato:** | **$ 10.000.000** | | | **RP Número:** | 241429 |
| **Rubro:** | **2.1.2.02.02.008** | **Fuente de Financiación:** | RECURSOS PROPIOS | **Centro de Costo:** | VICERRECTORÍA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA |
| **Plazo del contrato:** | **Fecha de inicio:** | **19/07/2024** | | **Fecha de finalización:** | **30/10/2024** |
| **Suspensión de contrato: (Si aplica)** | **Fecha de suspensión:** | **NA** | | **Fecha de reinicio:** | **NA** |

| **INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Adicional al contrato número:** | NA |
| **Tipo de contrato:** | NA |
| **Nombre de Contratista:** | NA |
| **Objeto del contrato:** | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del adicional contrato:** | **$** | **Valor Total Del Contrato** | **$** | **RP Número:** | |
| **Rubro:** | | **Fuente de Financiación:** | | **Centro de Costo:** | |
| **Plazo del contrato:** | **Fecha de inicio:** | | | **Fecha de finalización:** | |
| **Suspensión de contrato: (Si aplica)** | **Fecha de suspensión:** | | | **Fecha de reinicio:** | |

| **INFORMACIÓN DEL PAGO** | |
|---|---|
| **Valor a Pagar Parcial:** Dos Millones Quinientos Mil Pesos Moneda Legal Pesos M/L ($ 2.500.000) | |
| **Periodo al que corresponde el pago:** | Segundo pago contrato 20240575. |

| **GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Amparos** | **Aseguradora** | **No de Póliza** | **Vigencia** | |
| | | | **Desde (dd-MM-yyyy)** | **Hasta (dd-MM-yyyy)** |
| **Calidad del servicio** | | | | |
| **Cumplimiento** | | | | |
| **Anticipo** | | | | |
| **Pago anticipado** | | | | |
| **Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados** | | | | |
| **Salarios y prestaciones** | | | | |
| **Responsabilidad Civil Extracontractual** | | | | |
| **Otros** | | | | |

| **ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)** | **BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO** | | **APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:** |
|---|---|---|---|
| **Salud** | **12.5%** | $ 162.500 | Agosto |
| **Pensión** | **16%** | $ 208.000 | Agosto |
| **ARL** | | $6.800 | Agosto |

| **CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica) Fecha (dd/mm/aaaa)** | **NA** |
|---|---|

| **CONTRATO** | | 20240575 | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASE GRAVABLE** | **N° Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
| **Estampilla ITSA** | **$ 10.000.000** | **20240061505** | **$ 31.000** | **04/09/2024** |
| **Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)** | **NA** | **NA** | **NA** | **NA** |
| **Estampilla Pro Cultura** | **NA** | **NA** | **NA** | **NA** |
| **Bono al Deporte** | **NA** | **NA** | **NA** | **NA** |

| ADICIONAL DEL CONTRATO | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASE GRAVABLE** | **N° Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
| **Estampilla ITSA** | | | | |
| **Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)** | | | | |
| **Estampilla Pro Cultura** | | | | |
| **Bono al Deporte** | | | | |

| **PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:** | **N° Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
|---|---|---|---|
| **Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles** | | | |
| **Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI** | | | |
| **Estampilla Pro-Electrificación Rural** | | | |
| **Estampilla Pro-Cultura** | | | |
| **Estampilla Pro-Desarrollo** | | | |
| **Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria** | | | |
| **Estampilla Pro-Anciano** | | | |

**ASISTENTES A LA REUNIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Interventor(es) o Supervisor (es):** | LORENZO RIVAS DOMÉNICO | | |
| **Por parte del contratista:** | JULIETH DEL CARMEN NAVARRO BERMEJO | | |
| **Lugar donde se realiza la reunión** | **IUB** | | |
| **Hora de inicio (a.m./p.m.)** | 9:00 AM | **Hora de finalización (a.m./p.m.)** | **10:00 AM** |

**VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO**

| **Actividad /Compromiso** | **Justificación / Observación** |
|---|---|
| Apoyar en la preparación del inicio de actividades académicas del proyecto universidad al barrio, entre las actividades se encuentran: calendario de clases, horario de clases, comunicación con las partes interesadas, inducciones estudiantes, consolidado de matrícula de los estudiantes por programa y otros relacionados. | Apoyó en la preparación del inicio de actividades académicas del proyecto universidad al barrio, entre las actividades se encuentran: calendario de clases, horario de clases, comunicación con las partes interesadas, inducciones estudiantes, consolidado de matrícula de los estudiantes por programa y otros relacionados. |
| Apoyar en el proceso de matrícula académica a estudiantes, asignación académica entre otras actividades propias del proceso. | Apoyó en el proceso de matrícula académica a estudiantes, asignación académica entre otras actividades propias del proceso. |
| Realizar seguimiento académico y acompañamiento diario de los estudiantes, personal docente entre otros para su permanencia y continuidad. en la sede que se le asigne donde se desarrollen las formaciones desde tiempo antes del inicio | Realizó seguimiento académico y acompañamiento diario de los estudiantes, personal docente entre otros para su permanencia y continuidad. en la sede que se le |

| | |
|---|---|
| de las clases hasta la posterior finalización de estas, previo a las inspecciones correspondientes | asigne donde se desarrollen las formaciones desde tiempo antes del inicio de las clases hasta la posterior finalización de estas, previo a las inspecciones correspondientes |
| Atender a la comunidad académica, en el suministro de información de conformidad con los procedimientos establecidos por la Institución Universitaria de Barranquilla. . | Atendió a la comunidad académica, en el suministro de información de conformidad con los procedimientos establecidos por la Institución Universitaria de Barranquilla. . |
| Velar por el cumplimiento del reglamento estudiantil de la Institución Universitaria de Barranquilla para efectos de los compromisos, obligaciones y derechos de los estudiantes entre otros componentes desarrollados, en el marco del proyecto IUB al Barrio. | Veló por el cumplimiento del reglamento estudiantil de la Institución Universitaria de Barranquilla para efectos de los compromisos, obligaciones y derechos de los estudiantes entre otros componentes desarrollados, en el marco del proyecto IUB al Barrio. |
| Llevar un registro de seguimiento diario de asistencia de docentes que desarrollen clases en las sedes correspondientes y del coordinador por parte de la secretaria de Educación distrital. | Llevó un registro de seguimiento diario de asistencia de docentes que desarrollen clases en las sedes correspondientes y del coordinador por parte de la secretaria de Educación distrital. |
| Realizar una inspección diaria del inventario de las sedes que le corresponda, al inicio y al final del del desarrollo de las clases llevando un registro de estas. | Realizó una inspección diaria del inventario de las sedes que le corresponda, al inicio y al final del del desarrollo de las clases llevando un registro de estas. |
| Realizar un registro de asistencia diaria de estudiantes | Realizó un registro de asistencia diaria de estudiantes |
| Realizar seguimiento a estudiantes que presenten el número de fallas consecutivas correspondientes establecidas en el marco del proyecto como posible deserción. | Realizó seguimiento a estudiantes que presenten el número de fallas consecutivas correspondientes establecidas en el marco del proyecto como posible deserción. |
| Asistir a las reuniones convocadas por el líder del proyecto, líder del proceso de proyectos especiales o supervisor del contrato | Asistió a las reuniones convocadas por el líder del proyecto, líder del proceso de proyectos especiales o supervisor del contrato |
| Apoyar en la elaboración de informes, estadísticas y documentos relacionados con el proyecto. | Apoyó en la elaboración de informes, estadísticas y documentos relacionados con el proyecto. |
| Actuar de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución. | Actuó de tal manera que primen la eficiencia, la celeridad y la calidad en la ejecución. |
| Asumir los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad. | Asumió los gastos y riesgos que implica el desarrollo del contrato bajo su propia responsabilidad. |
| Desarrollar el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta. | Desarrolló el contrato en los términos y condiciones establecidas y formuladas en la propuesta. |
| Constituir las pólizas pactadas en el contrato dentro de los 5 días<br>hábiles siguientes a la entrega del contrato. En caso de que aplique. | Constituir las pólizas pactadas en el contrato dentro de los 5 días hábiles siguientes a la entrega del contrato. En caso de que aplique. |
| Cumplir con el objeto del contrato, desarrollando todas las actividades que hacen parte del mismo, según las especificaciones dadas por la IUB. | Cumplir con el objeto del contrato, desarrollando todas las actividades que hacen parte del mismo, según las especificaciones dadas por la IUB. |
| Encontrarse al día en el pago de los aportes parafiscales durante la ejecución del contrato. | Encontrarse al día en el pago de los aportes parafiscales durante la ejecución del contrato. |
| Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato le correspondan. | Las demás obligaciones que por la ley y la naturaleza del Contrato le correspondan. |

| EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA |
|---|

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

| OPCIONES A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumplimiento al objeto del contrato | | | | | x |
| Calidad de las especificaciones del bien o servicio | | | | | x |
| Cumplimiento de la entrega | | | | | x |
| Atención al cliente por parte del contratista | | | | | x |

Calificación proveedor o contratista: 5.0

| COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN | | |
|---|---|---|
| **Compromiso** | **Fecha de entrega** | **Responsable** |
| | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de la próxima reunión** | **26** | **De** | **Septiembre** | **de** | **2024** |

| Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los ( 17 ) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 17 | días del mes de | Octubre | de | 2024 |

**LORENZO RIVA DOMÉNICO**
**Supervisor o Interventor**

**JULIETH NAVARRO BERMEJO**
**Contratista**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1048278309 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JULIETH DEL CARMEN NAVARRO BERMEJO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BARRANQUILLA | DEPARTAMENTO: | ATLANTICO |
| DIRECCIÓN: | CALLE 79 NO. 42 - 35 | TELÉFONO: | 3030917 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7938816756** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES agosto | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES agosto | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 35 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/10/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 969938279 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 5.400 | $ 0 | $ 208.000 | $ 5.400 | $ 213.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 208.000** | **$ 5.400** | **$ 213.400** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS010 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 162.500 | $ 0 | $ 4.200 | $ 0 | $ 162.500 | $ 4.200 | $ 0 | $ 166.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 162.500** | **$ 4.200** | **$ 0** | **$ 166.700** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 6.800 | $ 6.800 | $ 200 | $ 0 | $ 7.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 6.800** | **$ 200** | **$ 0** | **$ 7.000** |

**TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF07 | CCF07-COMFAMILIAR ATLANTICO | 1 | $ 26.000 | $ 700 | $ 26.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 26.000** | **$ 700** | **$ 26.700** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | TOTAL APORTE | ICBF | TOTAL APORTE | ESAP | TOTAL APORTE | MINEDU | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1048278309 | NAVARRO BERMEJO JULIETH DEL CARMEN | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.300.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.300.000 | $ 208.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 208.000 | CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD | 30 | $ 1.300.000 | $ 162.500 | $ 0 | $ 162.500 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.300.000 | 104827830 | $ 6.800 | 30 | $ 1.300.000 | CCF07-COMFAMILIAR ATLANTICO | $ 26.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 413.800** |




Martes, 10 de Septiembre de 2024

**Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda**

## Datos Básicos del Recibo de Pago

| | |
|---|---|
| **No. Documento:** | **20240061505** |
| **Fecha Emisión:** | 03/09/2024 |
| **Identificación:** | 1048278309 |
| **Declarante:** | JULIETT NAVARRO BERMEJO |
| **Vigencia:** | 2024 |
| **Periodo Liquidación:** | 1 |
| **Impuesto:** | ESTAMPILLA ITSA |
| **Acto:** | ESTAMPILLA ITSA |
| **Base Gravable:** | $ 10.000.000 |
| **Fecha Pago:** | 04/09/2024 |
| **Monto Pagado:** | $ 31.000 |
| **Banco Recaudador:** | BANCO DE OCCIDENTE |
| **No. de Soporte:** | 20240575 |
| **Asociada Entidad:** | INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB |
| **Estado:** | **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO** |

Banco Davivienda S.A.

# CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,** **30/05/2024**
**ATLANTICO,**
COLOMBIA,
**A quien interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JULIETH NAVARRO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1048278309**

Posee en el banco Davivienda:

**CUENTA DE AHORROS DAMAS**

| | |
|---|---|
| Número | **0550488433942726** |
| Fecha de apertura | **08/09/2022** |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Barranquilla, 19 julio 2024

Señores:

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA- IUB**

ciudad.

El presente certificado para dar cumplimiento a la ley 1819 y de conformidad, declaro bajo gravedad de juramento que:

1). Soy residente fiscal colombiano: SI [X] NO [ ]

2). Que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos. Art. 388 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016 y art 340 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016.

SI [ ] NO [X]

3). Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios:

SI [ ] NO [X]

4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

b). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016; solicito deducción por los intereses de vivienda. Respaldada con la certificación de la Entidad que financia el crédito. SI [ ] NO [X]

c). que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción de la medicina prepagada respaldada con la certificación de la entidad promotora de salud. SI [ ] NO [X]

**NOTA:** Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

Firma:



**JULIETH DEL CARMEN NAVARRO BERMEJO**
**C.C. 1.048.278.309 de Malambo**