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

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

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

Yo, **ANA MARTINEZ** RODRIGUEZ identificad@ 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-157-2024	$ 21.000.000	12/07/2024	30/12/2024	6,0	$ 3.500.000
					$ 3.500.000

Total Ingreso mensual Base de Cotizacion Seguridad Social **$ 1.400.000**

Valor SMMLV 2023 **1.300.000**

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

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
OCTUBRE 2024	**Salud**	**COMFENALCO**	**$200.000,00**	**450.000,00**	**1.063.600,00**
	Pensión	**PORVENIR**	**$256.000,00**	**576.000,00**	
	ARL	**COLMENA**	**$16.800,00**	**37.600,00**	

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.

ANA MARTINEZ

Firma del contratista

Nombres y apellidos: ANA MARTINEZ

N°documento de ID: 2910411

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