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, Diciembre 04 de 2024

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

Cuenta de cobro 006

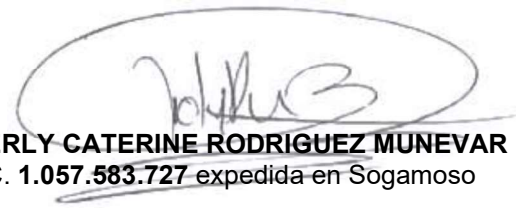
DEBE A:
DERLY CATERINE RODRIGUEZ MUNEVAR
CC: 1.057.583.727

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° 06

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, Diciembre 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 **06** 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 Diciembre 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

MIS_4_1_3_FR15 v_07