Cartagena., DÍA/MES/AÑO

DIRECCIÓN GENERAL MARÍTIMA
GINREDCA
Ciudad

Asunto: Certificación de cumplimiento de aportes sociales

De conformidad con la referencia me permito manifestarle lo siguiente, bajo la gravedad del juramento.

1- Nombre del prestador del servicio:	[NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA]
2- Identificación C.C.	[NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN]
3- Responsable IVA:	[SÍ O NO]

4- Valor de los aportes obligatorios al sistema de seguridad social correspondiente a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

No Planilla PILA:	**PLANILLA REALIZADA**		Período:	**MES DE PLANILLA**	
Aporte Salud	VALOR APORTE	Aporte Pensión	VALOR APORTE	Aporte ARP	VALOR APORTE

5- Certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes Obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión corresponde a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.
6- Sí _____, No _____, tengo derecho a la deducción del 10% en retenciones por tener personas dependientes a cargo, según artículo 387 del Estatuto Tributario.

_____

[NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA]
[TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN]
[NÚMERO DE CONTACTO]
[NÚMERO DE CONTRATO]