

FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL

Santiago de Cali, de 01 abril de 2020.

Señores:
PARQUES NACIONALES NATURALES DE COLOMBIA
Ciudad

Yo, **YEFERSON GRANADO CAICEDO** identificado con documento de identidad No. 1.089.798.792, declaro bajo gravedad de juramento en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009 y el artículo 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, del mes de marzo 2020 para gestionar el pago de los respectivos honorarios del mes de marzo 2020 por valor de **\$3.210.103** del Contrato de Prestación de Servicios No. DTPA-CPS-NACION-058-2020 suscrito con **Parques Nacionales Naturales de Colombia (PNNC)**.

Item	No. Planilla	Periodo de pago Año / mes	Fecha de pago Año / mes / día
Pensión	41127412	2020 / 03	2020 / 04 / 01
Salud	41127412	2020 / 03	2020 / 04 / 01
Riesgos profesionales	41127412	2020 / 03	2020 / 04 / 01

DOY CONSTANCIA QUE:

- De acuerdo a los artículos 1.2.4.1.7. y 1.2.4.1.16. del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016 y el Concepto DIAN 001725 del 21 de Agosto de 2018, la procedencia en la depuración de la base de retención en la fuente a título de renta de los aportes de seguridad social se encuentra condicionada al pago de salud, pensión y ARL del mes que origina el pago de la cuenta, lo que quiere decir **que si el periodo de planilla de seguridad social presentada NO corresponde al mismo mes objeto de pago, NO se podrá tener en cuenta para disminuir la base gravable mensual de retención en la fuente.**
- Los aportes a seguridad social relacionados **SI () NO (X)** han sido tomados en cuenta como descuento en la base de retención en la fuente en contratos suscritos con otras instituciones. De ser afirmativo, el valor de [] corresponde a los honorarios recibidos por Parques Nacionales Naturales de Colombia.
- Mis ingresos por el respectivo periodo de cotización no exceden los 25 salarios mínimos legales mensuales vigentes de que trata el artículo 3 del Decreto 510 de 2003.
- De conformidad con las condiciones establecidas en el **parafagro 3 del Artículo 437 del Estaturo Tributario**, **Si () NO (X)** soy responsable de IVA.

Firma 
Nombre: **YEFERSON GRANADO CAICEDO**
C.C. No. 1.089.798.792