**INFORME DE ACTIVIDADES No.** 03

**PERIODO:** 21 DE ABRIL – 20 DE MAYO DE 2025

**(CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES CD-PS-PSP- 092 -2025) CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA CREACIÓN DE CONTENIDOS, SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS REDES SOCIALES DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE SESQUILÉ.**

| **1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| Dependencia Ejecutora | OFICINA DE RELACIÓN ESTADO CIUDADANO |
| Supervisor (Nombre y Cargo) | ADRIANA MARCELA MOCETÓN MORENO<br>JEFE DE OFICINA |
| Contratista | JOHANA CAROLINA RUÍZ GARZÓN |
| Identificación | 1.075.876.887 |
| Objeto | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA CREACIÓN DE CONTENIDOS, SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS REDES SOCIALES DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE SESQUILÉ. |
| Valor Contratado | DOCE MILLONES TRESCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($12.366.667) |
| Plazo de ejecución | CUATRO (04) MESES Y VEINTE (20) DÍAS |
| Fecha de suscripción | DIECINUEVE (19) DE FEBRERO DE 2025 |
| Valor a pagar en el período | DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2.650.000) |
| Fecha de inicio | 21 DE FEBRERO DE 2025 |
| Fecha de Terminación | 10 DE JULIO DE 2025 |

| **2. EJECUCIÓN DE OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO** | | |
|---|---|---|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DEL CONTRATO | ACTIVIDADES REALIZADAS | EVIDENCIA VERIFICABLE |
| **1.** Apoyar la creación de diseños para | - Se realizaron los siguientes diseños:<br>**1.** Sesquilé se mueve por la vida.<br>**2.** Día nacional del trabajo. | Inserto link al final del informe, de |

| | | |
|---|---|---|
| piezas gráficas y audiovisuales, asegurando que el material producido cumpla con los parámetros de calidad y lenguaje claro, aprobados por el supervisor del contrato. | **3.** Sesquilé se mueve al ritmo de tu corazón.<br>**4.** Ciclo de pagos Colombia mayor.<br>**5.** Política de bilingüismo.<br>**6.** Incendios forestales.<br>**7.** Política de sustancias psicoactivas.<br>**8.** Día internacional de las aves migratorias.<br>**9.** Día de la madre.<br>**10.** Día del maestro.<br>**11.** Día de la hipertensión arterial.<br>**12.** Día de la donación de leche materna.<br>**13.** Día mundial de las abejas.<br>**14.** En familia también se mueve Sesquilé.<br>**15.** Identifica la violencia física.<br>**16.** Día internacional de la biodiversidad.<br>**17.** Conoce las 8 políticas públicas de Sesquilé.<br>**18.** Día mundial sin tabaco.<br>**19.** Tarjeta de cumpleaños funcionarios y contratistas. | la carpeta digital ubicada en el drive del correo institucional. |
| **2.** Publicar, difundir y mantener actualizados los contenidos digitales aprobados en las redes sociales o cualquier otro canal de comunicación digital del que se disponga la administración o acceso de la Alcaldía Municipal. | - Se realizaron 139 publicaciones entre fotos, videos y diseños en las redes sociales facebook e Instagram de la Alcaldía Municipal.<br><br>https://drive.google.com/drive/u/3/folders/13SvpRf7Oon8tDVWorcr6yvwVe7vYb-90 | Pantallazo en la carpeta digital |
| **3.** Brindar apoyo en la atención de preguntas realizadas a través de redes sociales, ofreciendo orientación o difundiendo los canales para radicar las solicitudes que | **-** Se brindó respuesta a dudas e inquietudes en especial de comentarios en las publicaciones o mensajes directos.<br><br>https://drive.google.com/drive/u/3/folders/13SvpRf7Oon8tDVWorcr6yvwVe7vYb-90 | Pantallazo en la carpeta digital |

| | | |
|---|---|---|
| requieren respuestas directas de las secretarías u oficinas. | | |
| **4.** Custodiar y salvaguardar el material audiovisual y en multimedia institucional. | - Se realizó una carpeta de diseños general y dentro de ella se encuentran subcarpetas donde se guardan los diseños realizados de acuerdo al mes correspondiente.<br>https://drive.google.com/drive/u/3/folders/13SvpRf7Oon8tDVWorcr6yvwVe7vYb-90 | Pantallazo en la carpeta digital |
| **5.** Apoyar con cubrimiento eventos que requiera la entidad. | - Para el mes de abril no se requirió este apoyo. | Sin anexo |
| **6.** Asistir a las reuniones semanales y mesas de trabajo para coordinar la implementación y desarrollo de la estrategia 360. | - Se asistió a reuniones virtuales y presenciales para trabajar en las solicitudes, retroalimentaciones y acciones de mejora de los cubrimientos y diseños solicitados por las secretarías de la Administración Municipal.<br><br>https://drive.google.com/drive/u/3/folders/13SvpRf7Oon8tDVWorcr6yvwVe7vYb-90 | Pantallazo en la carpeta digital |
| **7.** Las demás obligaciones que sean designadas por el supervisor del contrato que sean acordes a la naturaleza y objeto del contrato. | - Se cargaron los diseños realizados en febrero, marzo, abril y mayo en cumplimiento a las tablas de retención documental.<br><br>https://drive.google.com/drive/u/3/folders/13SvpRf7Oon8tDVWorcr6yvwVe7vYb-90 | Pantallazo en la carpeta digital |

| **3.** | **RELACIÓN APORTES PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL** | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| No. DE PLANILLA | 86925597 | | | | |
| PERIODO DE PAGO | Mayo 2025 | | | | |
| VALORES PAGADOS | IBC | SALUD | PENSIÓN | RIESGOS LABORALES | VALOR TOTAL PAGADO |
| | | | | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | $1’423.500 | $178.000 | $227.800 | $7.500 | $413.300 |

Como Contratista, declaro bajo la gravedad de juramento, que la información aquí relacionada es fidedigna y que los soportes que la sustentan se encuentran adjuntos para su respectiva revisión y aprobación.

4. ANEXOS: Acta de pago, planilla, cuenta de cobro y carpeta de soportes en el siguiente enlace: https://drive.google.com/drive/u/3/folders/1C_VWyy69Iy36wU_gOk3jPUsBAPtWzeH3

Sesquilé 2 de julio de 2025

Firma:



_____

Johana Carolina Ruíz Garzón
CC. 1.075.876.887 de Sopó
Jocaroruiz@gmail.com

**ESPACIO EXCLUSIVO PARA LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO:**

Conforme lo anteriormente expuesto y en calidad de Supervisor, dejó constancia de la verificación del informe allegado por el contratista, el cual se ejecutó a cabalidad y se recibe a satisfacción el desarrollo del objeto del contrato conforme lo señalado durante el presente periodo, así mismo se verificaron los soportes respectivos y se constató el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales del mes de mayo de 2025

**Observaciones:**

Adriana Marcela Mocetón Moreno

Firmado digitalmente por Adriana Marcela Mocetón Moreno
Fecha: 2025.07.02 12:27:17 -05'00'

ADRIANA MARCELA MOCETÓN MORENO
JEFE OFICINA DE RELACIÓN ESTADO CIUDADANO

| | | |
|---|---|---|
| | *REPÚBLICA DE COLOMBIA*<br>*DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA*<br>*MUNICIPIO DE SESQUILE*<br>*NIT. 899999415-2*<br>*OFICINA DE CONTRATACION* | |
| | **ACTA UNICA DE PAGO** | **versión**: 1<br>**Fecha de aprobación: 24/02/2025**<br>**Página** 1 de 1 |

**Datos del pago**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha** | 26/03/2025 | | | **Lugar** | MUNICIPIO DE SESQUILÉ | | |
| **Acta** | **INICIAL** | | **AVANCE** | | **LIQUIDACIÓN** | | |
| **Acta No** | 3 | **de** | 5 | **Periodo a pagar** | 21 DE ABRIL DE 2025 - 20 DE MAYO 2025 | | |

**Datos Contrato**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Número de contrato** | CD-PS-PSP-092-2025 | | | | |
| **Contratista y/o empresa** | JOHANA CAROLINA RUÍZ GARZÓN | | | | |
| **Tipo de identificación** | **NIT** | | **Cédula de ciudadania:** | X | |
| **No. de identificación** | 1.075.876.887 | | | | |
| **Objeto contrato/ Concepto de pago** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA CREACIÓN DE CONTENIDOS, SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS REDES SOCIALES DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE SESQUILÉ. | | | | |
| **Dependencia ejecutora** | OFICINA DE RELACIÓN ESTADO CIUDADANO | | **Supervisor** | ADRIANA MARCELA MOCETÓN MORENO | |
| **Tipo de Contrato** | **Prestación de servicios** | **Consultoria** | **Compraventa** | **Arrendamiento** | **Obra** |
| | **X** | | | | |
| | **Convenio** | **Contrato Interadministrativo** | **Resolución** | **Otro** | |
| | | | | **Cual** _____ | |
| **Porcentaje de ejecución** | | | | | |
| **Fecha y lugar de firma de acta de inicio** | 21 DE FEBRERO DE 2025 - SESQUILÉ CUNDINAMARCA | | | | |
| **Información Seguridad Social Integral** | **IBC -Ingreso Base de Cotización (40%) del valor total de la sumatoria de los Honorarios** | | | 1.423.500 | |
| | **Número de planilla** | | | 86925597 | |
| | **Valor pago salud** | | | $ 178.000 | |
| | **Valor pago pensión** | | | $ 227.800 | |
| | **Valor pago ARL** | | | $ 7.500 | |

**Datos Presupuestales**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Número Disponibilidad** | 25-000217 | **Fecha** | **7/02/2025** |
| **Número Registro** | 25-000216 | **Fecha** | **19/02/2025** |

**Medio de pago**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Abono a cuenta** | **Ahorro** | **X** | **Corriente** | | **Número** | |
| | **Entidad** | BANCOLOMBIA | | | 912-492561-32 | |

**Valor de la presente acta**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Valor a pagar en el periodo** | DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS ($2.650.000) M/CTE. | $ | 2.650.000,00 |

**Balance Financiero**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del Contrato** | **$** | **12.366.667** | | **Valor anticipo** | **$** | **-** |
| **Información pagos** | **No** | **No Egreso** | **Valor** | **Amortización** | **No.** | **Valor** |
| | **1** | **25000685** | $ 2.650.000,00 | | | |
| | **2** | **25931** | $ 2.650.000,00 | | | |
| | **3** | | $ 2.650.000,00 | | | |
| | **4** | | | | | |
| | **5** | | | | | |
| | **6** | | | | | |
| | **7** | | | | | |
| | **8** | | | | | |
| | **9** | | | | | |
| | **10** | | | | | |
| | **11** | | | | | |
| | **12** | | | | | |
| **Valor a pagar** | **$** | **2.650.000,00** | | **Saldo** | **$** | **-** |
| **Saldo** | **$** | **4.416.667,00** | | | | |

**DATOS DEL CONTRATISTA**

| | |
|---|---|
| **Nombre** | JOHANA CAROLINA RUÍZ GARZÓN |
| **Identificación** | **1.075.876.887** |
| **Correo electrónico** | Jocaroruiz@gmail.com |
| **Firma** |  |

**La presente Acta es revisada y aprobada a través de la plataforma SECOP II por:**

| **Actividad** | **Nombre** | **En calidad de** |
|---|---|---|
| **Revisó** | **Jazmín Yolanda Gómez Melo** | **Profesional Universitario Oficina de Contratación** |
| **Aprobó** | **Adriana Marcela Mocetón Moreno** | **Supervisor** |

**CUENTA DE COBRO - DOCUMENTO EQUIVALENTE**

**MUNICIPIO DE SESQUILE**
**NIT 899999415-2**

**DEBE A:**

NOMBRE: JOHANA CAROLINA RUÍZ GARZÓN

IDENTIFICACIÓN: CC [X] NIT [ ] NUMERO 1075876887 DV [ ] DE SOPÓ

**LA SUMA DE:**

(LETRAS) DOS MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS

(NUMEROS) $ 2'650.000

**POR CONCEPTO DE:**

CONTRATO No. CD-PS-PSP-092-2025 DESEMBOLSO No. **3** DE **5**

OBJETO: PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA LA CREACIÓN DE CONTENIDOS, SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN DE LAS REDES SOCIALES DE LA ALCALDÍA MUNICIPAL DE SESQUILÉ.

PERIODO COMPRENDIDO ENTRE: 21 DE ABRIL DE 2025 y 20 DE MAYO DE 2025

FECHA: 01 DE JULIO DE 2025

**CUENTA BANCARIA** Ahorros 912-492561-32 **BANCO** BANCOLOMBIA

CIUDAD/MUNICIPIO DONDE SE PRESTA EL SERVICIO: SESQUILÉ CUNDINAMARCA

CÓDIGO DE LA ACTIVIDAD ECONÓMICA CIIU- DE ESTE COBRO (en caso de no señalarla se aplicará la retención máxima vigente): 6391

TELÉFONO 3195169971

De conformidad con lo establecido en el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019, para la aplicación de lo señalado en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario y el segundo parágrafo del artículo 383, declaro bajo la gravedad de juramento que:

Soy declarante de renta SI [ ] NO [X]

| | |
|---|---|
| No hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo no laborales, | X |
| Hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo no laborales, | |

(Marque una sola opción)

**Si el contratista desea obtener los beneficios tributarios, indique cual de estas condiciones cumple y adjunte los soportes correspondientes según la selección:**

| | |
|---|---|
| Pagos por salud a empresas de medicina prepagada o pagos por seguros de salud | |
| Aportes a fondos de pensiones voluntarias (APV) o cuentas de ahorro para el fomento de la construcción (AFC) | |
| Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda | |
| Aportes obligatorios al sistema de seguridad social integral. | |
| Declaración juramentada de dependencia económica | |

**Manifiesto libre y voluntariamente que: La(s) persona(s) relacionadas(s) a continuación se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica y mensualmente mis gastos ascienden a la suma de** $

| NOMBRES Y APELLIDOS COMPLETOS | TIPO DE DOCUMENTO | | | | NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | CC | RC | TI | CE | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Declaro bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento. Autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley.
Esta declaración se elabora para los efectos tributarios establecidos en el artículo 2 del Decreto 099 de 2013.



FIRMA

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1075876887 | JOHANA CAROLINA RUIZ GARZON | TRNS 6 3 57SUR | 3195169971 | jocaroruiz@gmail.com | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | CUNDINAMARCA | SOPÓ | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 28/05/2025 | 86925597 | $413.300 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 178.000 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 227.800 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 7.500 | | | | 7.500 | 0 | 0 | 7.500 | | | 75 | 7.500 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 178.000 | 178.000 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 227.800 |
| Riesgos Laborales | 1 | 7.500 | 7.500 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 413.300 | 413.300 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO |
| CC | 1075876887 | JOHANA CAROLINA RUIZ GARZON | | TRNS 6 3 57SUR | 3195169971 | jocaroruiz@gmail.com |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL | CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| ÚNICA | I – Independiente | | | CUNDINAMARCA | SOPÓ | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-05 | 2025-05 | I | 28/05/2025 | 86925597 | $413.300 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estudiante | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1075876887 | RUIZ GARZON JOHANA CAROLINA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 1.423.500 | 178.000 | 14-23 | 1.423.500 | 1 | 7.500 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Sesquilé 2 de Julio de 2025.

**Señores**: **MUNICIPIO DE SESQUILÉ**

**CERTIFICADO DE UTILIZACIÓN O NO UTILIZACIÓN DE COSTOS Y DEDUCCIONES ASOCIADOS A RENTAS DE TRABAJO**

Yo, Johana Carolina Ruíz Garzón, con documento de identificación No. 1.075.876.887, de acuerdo al inciso 1 del Parágrafo 2 del Artículo 383 del E.T., modificado por el artículo 8 de la Ley 2277 de 2022 - Numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016 modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023.

**MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE**:

[X] Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de que trata el artículo 383 del Estatuto tributario a las rentas de trabajo, informo que **no hare uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo no laborales**, por lo anterior, solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario.

[ ] **Haré uso de costos y deducciones en los ingresos por rentas de trabajo no laborales** (Honorarios), por lo cual solicito sea aplicada la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 392 del estatuto tributario y sus decretos reglamentarios.

[ ] Durante el año 20___pertenezco al régimen simple de tributación por lo cual no es aplicable ninguna de las afirmaciones anteriores.

Nombre: Johana Carolina Ruíz Garzón

Documento: 1.075.876.887 de Sopó Cund.

Firma: 