BELLAS ARTES INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DEL VALLE	CERTIFICACIÓN DETERMINACIÓN RENTAS DE TRABAJO - DECLARACIÓN FORMAL DE DESCUENTO POR PAGO AL SGSSI	CODIGO: AP-BYS-FO-V01-07
		VERSION: 01
	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	FECHA: 06/Feb/2025

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

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

Yo, Ana martinez identificada 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-216-2025	$ 21.733.333	22/8/2025	19/12/2025	6,0	$ 4.000.000
					$ 4.000.000
Total Ingreso mensual Base de Cotizacion Seguridad Social					**$ 1.600.000**

Valor SMMLV 2025 **1.600.000**

¿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	**Salud**	**X**	**$200.000,00**	**$200.000,00**	**472.800,00**
	Pensión	**X**	**$256.000,00**	**$256.000,00**	
	ARL	**X**	**$8.400,00**	**$16.800,00**	

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

Nombres y apellidos: ANA MARTINEZ

N°documento de ID: 29104411

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