

Barranquilla, 03-11-2020

Señores

FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.

Ciudad

Ref: CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO.

CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO

Yo **Karime Ester Vergara Pérez** identificado (a) con la cédula de ciudadanía N.º **30.569.632** expedida en **Sahagún Córdoba**, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad del juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **“He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica”.** **(Paragrafo 2 art. 383 E.T.)**

SI ()

NO (X)

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,



KARIME ESTER VERGARA PÉREZ

C.C.# 30.569.632 de Sahagún Córdoba

Señores
FIDUPREVISORA S. A
Ciudad

Ref.	Certificación	Retención en la Fuente	categoría empleado
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

Yo Karime Ester Vergara Pérez, identificado(a) con la cedula de ciudadanía número 30.569.632 expedida en la ciudad de Barranquilla, obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo la gravedad del juramento los siguientes hechos que se configuran a la fecha de otorgamiento de esta certificación:

1. Que cumpla con las condiciones previstas en el estudio tributario para pertenecer a la categoría de “empleado” en los términos en que la define el artículo 329 de E.T., considerando que mis ingresos provienen en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%), de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria o de cualquier otra naturaleza.
2. Que los pagos a recibir se enmarcan dentro de la categoría (II) del artículo 1 del decreto reglamentario 0099 de 2013, razón por la cual solicito que se me aplique la tabla de retención en la fuente prevista en dicho artículo
3. Que respecto del año gravable anterior (2019), tengo la condición de:

Declarante ()

no declarante (**X**)

4. Que informare oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
5. Que solicito se tenga en cuenta para la **DEPURACION DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCION**, prevista en el artículo 383 del estatuto tributario, los pagos efectivamente realizados por los siguientes conceptos:

Concepto	Aplica o no aplica	Adjunto soporte
1. Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda. (Adjuntar certificación año 2019, emitido por la respectiva entidad financiera)	NO APLICA	
2. Aportes voluntarios a fondo de pensiones o cuentas AFC (adjuntar carta de autorización e instrucciones dirigida a la FIDUCIARIA)	NO APLICA	
3. Pagos de medicina prepagada o seguros de salud señalados en los literales a) y b) del artículo 387 del estatuto tributario siempre que el valor a disminuir mensualmente no supere dieciséis (16) UVT mensuales, y se cumplan las condiciones de control indicadas en las normas reglamentarias vigentes. (Adjuntar certificación año 2019 emitido por las respectivas empresas de medicina prepagada o compañía de seguros.)	NO APLICA	

4. Deducción mensual por concepto de dependientes de hasta 10% del total de los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria en el respectivo mes por concepto de dependientes, hasta un máximo de treinta y dos (32) UVT mensuales. (Adjuntar declaración juramentada dirigida a Fiduprevisora indicando nombres, documento de identidad, edad y filiación de las personas por las que se solicita esta deducción conforme de las categorías descritas a continuación. En la declaración debe expresar claramente que ninguna otra persona está solicitando dicha deducción en relación con estos dependientes)	NO APLICA	

Concepto	Aplica o no aplica	Adjunto soporte
PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES		
1. Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años y dependan económicamente del contribuyente.	NO APLICA	
2. Los hijos del contribuyente con edad entre los 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiado su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.	SI APLICA	
3. Los hijos del contribuyente mayores a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	
4. El Cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	
5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia, sean por ausencia de ingresos o por ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	

6. Declaro que la información anteriormente relacionada y que entrego a la Fiduprevisora S.A. es veraz, en atención al principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política de Colombia.

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación a, **03-11-2020**.

Karime Vergara Perez

KARIME ESTER VERGARA PÉREZ

C.C # 30.569.632 DE SAHAGÚN CÓRDOBA

**CUENTA DE COBRO
#05**

LA ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA

DEBE A:

**Karime Ester Vergara Pérez.
C.C No 30569632 DE Sahagún Córdoba**

LA SUMA DE:

Dos millones doscientos mil pesos m/c.

\$ 2.200.000

Por concepto de honorarios por servicios de apoyo a la gestión correspondiente a un (5) quinto pago a 31 de Octubre de 2020, en cumplimiento de las obligaciones derivadas del Contrato N° **012020002554** suscrito con dicha entidad, que tiene por objeto **Prestación de servicios de apoyo a la gestión para realizar apoyo y acompañamiento a la oficina para la seguridad y convivencia ciudadana del distrito de Barranquilla en la construcción del plan integral de seguridad y convivencia ciudadana 2020-2023"**

Por favor consignar en la cuenta no. 093-148746-57 de Bancolombia



**KARIME ESTER VERGARA PÉREZ.
C.C No 30569632 DE SAHAGÚN CÓRDOBA
Cel. 3006320256**



INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO

1. NO. DE CONTRATO:	012020002554
2. NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Karime Ester Vergara Pérez
3. OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION PARA REALIZAR APOYO Y ACOMPAÑAMIENTO A LA OFICINA PARA LA SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE BARRANQUILLA AN LA CONSTRUCCION DEL PLAN INTEGRAL DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA 2020-2023"
4. FECHA QUE CUBRE EL INFORME:	Quinto informe a 31 DE OCTUBRE DE 2020
5. FECHA DE PRESENTACIÓN DEL INFORME:	3 de Noviembre de 2020
6. NOMBRE DEL INTERVENTOR/ SUPERVISOR:	NELSON PATRON PEREZ
7. CARGO:	Jefe de Oficina para la Seguridad
8. NO. DE INFORME DE GESTIÓN:	05
9. FECHA DE PAGO O CERTIFICACIÓN DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (SALUD, PENSIÓN, ARL)	20/10/2020

INFORME DE ACTIVIDADES EJECUTADAS

10. OBLIGACIONES CONTRACTUALES:

1. Apoyar por medios virtuales o físicos la recolección de información sobre seguridad y convivencia en las cinco localidades del Distrito de Barranquilla, para la construcción del plan integral de seguridad y convivencia ciudadana 2020 – 2023
2. Apoyar la implementación de las estrategias de prevención del delito y la violencia y a instituciones descentralizadas del orden nacional, enmarcadas en el plan integral de seguridad y convivencia ciudadana.
3. Apoyar la elaboración de informes periódicos sobre avances en la construcción del plan integral de seguridad y convivencia ciudadana 2020 – 2023 y demás que solicite el jefe de la oficina para la seguridad y convivencia ciudadana.





11. ACTIVIDADES REALIZADAS EN DESARROLLO DEL OBJETO CONTRACTUAL:

- REUNIÓN VIRTUAL POR MEDIO DE LA PLATAFORMA TEMAS PARA TOMAR PUNTOS CLAVE EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PLAN INTEGRAL DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA CIUDADANA 2020-2023.

HACER ACOMPAÑAMIENTO VIRTUAL A LAS INSTITUCIONES OFICIALES DEL DISTRITO CON PROGRAMA DE SANA CONVIVENCIA EN EL PERIODO DE CONFINAMIENTO, A PADRES DE FAMILIA, ESTUDIANTES Y DOCENTES, CON:

- ESTRATEGIAS PRÁCTICAS DE SANA CONVIVENCIA PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO EMOCIONAL.
- ORIENTACIÓN PARA MITIGAR LOS ÍNDICES DE AGRESIVIDAD, EN EL PERIODO DE CONFINAMIENTO.
- ACOMPAÑAMIENTO VIRTUAL Y ATENCIÓN A LOS FACTORES DE RIESGOS SOCIALES PREVIAMENTE IDENTIFICADOS EN LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS.
- BRINDAR A PADRES DE FAMILIA DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS DEL DISTRITO (IED) ESTRATEGIAS PRÁCTICAS PARA LA SANA CONVIVENCIA.
- COMUNICACIÓN DIARIA CON MIEMBROS DE LAS IED PARA AGENDAR FECHAS PARA HACER CHARLAS DE LOS DIFERENTES TEMAS OFRECIDO POR EL PROGRAMA.

12. FUENTES DE VERIFICACION. ANEXO INFORME ADICIONAL DE MI TRABAJO REALIZADO EN EL MES DE OCTUBRE DEL 2020 CON TEXTO Y FOTOS.

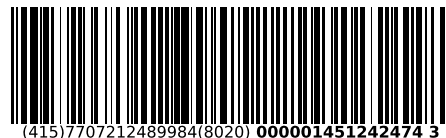
Karime Vergara Perez

KARIME ESTER VERGARA PEREZ.
CC 30.569.632
CONTRATISTA.

2. Concepto **1 3** Actualización de oficio

4. Número de formulario

14512424743



(415)7707212489984(8020) 000001451242474 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

3 0 5 6 9 6 3 2

6. DV

7

12. Dirección seccional

Impuestos de Barranquilla

14. Buzón electrónico

2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

26. Número de Identificación

3 0 5 6 9 6 3 2

27. Fecha expedición

1 9 8 9, 0 4, 1 9

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Córdoba

2 3

30. Ciudad/Municipio

Sahagún

6 6 0

31. Primer apellido

VERGARA

32. Segundo apellido

PEREZ

33. Primer nombre

KARIME

34. Otros nombres

ESTER

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Atlántico

0 8

40. Ciudad/Municipio

Barranquilla

0 0 1

41. Dirección principal

CL 43 33 100 AP 2 J ED CHIQUINQUIRA CLUB BRR CHQUINQUIRA

42. Correo electrónico

karimesterv@hotmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1

3 0 0 6 3 2 0 2 5 6

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 3, 0 5, 0 2

Actividad secundaria

48. Código

8 5 2 1

49. Fecha inicio actividad

1 9 9 8, 0 2, 0 2

Otras actividades

50. Código

1

2

Ocupación

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

54. Código

Exportadores

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI

NO

X

60. No. de Folios:

0

61. Fecha

2019 - 05 - 20

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS GENERALES DEL APORTANTE				DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	30569632	NÚMERO PLANILLA:	7767726367	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			KARIME ESTER VERGARA PEREZ	PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	septiembre AÑO	2020
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAHAGUN	DEPARTAMENTO:	CORDOBA	DÍAS DE MORA:		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES septiembre AÑO 2020
DIRECCIÓN:	CALLE 14 NRO 11 05	TELÉFONO:	7777777	FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2020/10/20	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	776545049
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE				
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otros cultivos permanentes n.c.p.				
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO						
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO				

TOTAL APORTES A PENSIÓN													
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO	
230301	230301-PORVENIR	1	\$ 140.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 140.800	\$ 0	\$ 140.800	
SUBTOTALES:										\$ 140.800	\$ 0	\$ 140.800	

TOTAL APORTES A SALUD																	
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES				
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	UPC	COTIZACIÓN	UPC	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO	
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 110.000	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 110.000	\$ 0	\$ 0	\$ 110.000	
SUBTOTALES:														\$ 110.000	\$ 0	\$ 0	\$ 110.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES															
ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		TOTALES						
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO			
14-11	14-11 - ARL SURA	1		\$ 0	\$ 0		\$ 0	\$ 4.600	\$ 4.600	\$ 0	\$ 0	\$ 4.600			
SUBTOTALES:										\$ 4.600	\$ 0	\$ 0	\$ 4.600		

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																																				
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL													PARAFISCALES																			
Nº	IDENTIFICA CION	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	PENSIÓN				SEGURIDAD SOCIAL				SALUD				ARP				DÍAS COT	IBC	CCF										
																								ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	Vr UPC	TOTAL APORTE			ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP
1	CC 30569632	VERGARA PEREZ KARIME ESTER	INDEPENDIE NTE CONTRATO PRESTACION DE		\$ 880.000			NO						01-30										230301- PORVENIR	30	\$ 880.000	\$ 140.800	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 140.800	EPS037- NUEVA EPS	30	\$ 880.000	\$ 110.000	\$ 0	\$ 110.000	14-11 - ARL SURA	30	\$ 880.000	30569632	\$ 4.600		\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0

TOTAL \$ 255.400