ASOPAGOS s.a.

RAZON SOCIAL :	DIAZ RODRIGUEZ LEIDYS PAOLA
IDENTIFICACION:	CC-1081912921
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACION REPORTE:	2020-07-02
FECHA LIMITE DE PAGO:	2020-06-04
FECHA DE PAGO:	2020-06-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERIODO PENSION:	2020-05
PERIODO SALUD:	2020-05
NUMERO PLANILLA:	8607987538
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8607987538
TIPO DE PLANILLA:	I

CODIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NUMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
ESSC07	806008394	EPS-S MUTUAL - MOV	1	$ 1.471.664	$ 0	$ 0	$ 0	$ 184.000	$ 184.000
230201	800229739	PROTECCION	1	$ 1.471.664	$ 0	$ 0	$ 0	$ 44.200	$ 44.200
14-4	860002183	SEGUROS COLPATRIA	1	$ 1.471.664	$ 0	$ 0	$ 0	$ 7.700	$ 7.700
		Total a pagar		$ 4.414.992	$ 0	$ 0	$ 0	$ 235.900	$ 235.900

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	06/07/2020



PAGO DE FACTURAS

PILA BP

NUM APROBACION: 25647610
NUM REFERENCIA: 000000086079875 38
NUM IDENTIFICACION: 1081912921
PERIODO: 2020-05
FECHA EFECTIVA: 2020-06-30
VALOR: 235.900
MAR30 JUN 20 11:01:39
182-05276734-001
784970-081933-744623-944260-44
CONSERVE ESTE TIQUETE. ES EL UNICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.EN CASO DE RECLAMO LLAMAR A: A SU OPERADOR.
AGT 17589 CLR 91286852
04168892-852315

Santa Marta, Julio de 2020

Señores
INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, Leidys Paola Díaz Rodríguez identificado(a) con C.C. Nº. 1.081.912.921 para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2010 de 2019 "Ley de Crecimiento Económico", informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

SI [X] NO [ ]

2. Que los ingresos por el Contrato N°. 043 del (22) de (Enero) de 2020, corresponde al concepto de:

[X] Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)

[ ] Cedula de Pensiones

[ ] Cedula Dividendos y participaciones

3. **BENFICIOS TRIBUTARIOS**

3.1 He Contratado o Vinculado dos (2) o más Trabajadores asociados a la actividad (Articulo 383 E.T, Parágrafo 2). (*Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%*).

SI [ ] NO [X]

3.2 En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mí cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA

NOTA:
Decreto 1625 de 2016. **Artículo 1.2.4.1.18**, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
2. ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
3. ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

ANEXO:

Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

3.3 Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI [ ] NO [X]

3.4 Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI [ ] NO [X]

Cordialmente,

Leidys Diaz Rodriguez.

Nombre: Leidys Paola Diaz Rodriguez

Cedula: 1.081.912.921 de Plato - Magdalena

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*

1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*

1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*

2. ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*

3. ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

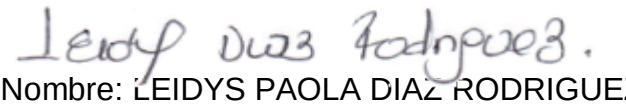
CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO PARA EFECTOS DE LA APLICACIÓN DEL DECRETO 568 DEL 15 DE ABRIL DE 2020:

Nombre y Apellidos del Contratista: LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ
Identificación: 1081912921
Número de Celular: 3022409105
Número de Contrato ICBF: 043
Fecha inicio y terminación del contrato: 22/01/2020 – 15/10/2020
Valor del total del contrato (sin IVA): $ 33, 112,440.
Valor mensualizado del contrato: $ 3.679.160

RELACIÓN CONTRATOS SUSCRITOS CON ENTIDADES PUBLICAS VIGENCIA 2020.

		FECHA				INFORMACION DE LA ENTIDAD CONTRATANTE		
ENTIDAD CONTRATANTE	N° DE CONTRATO	INICIO	TERMINACIÓN	VALOR DEL CONTRATO (SIN IVA)	VALOR MENSUALIZADO DEL CONTRATO	NOMBRE DEL CONTACTO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO
ICBF	043	22/01/2020	15/10/2020	$ 33, 112,440.	$ 3.679.160	MALVI GUERRA	3002023648	Malvi.Guerra@icbf.gov.co

Cordialmente,



Nombre: LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ
C.C. 1.081.912.921
Dirección: via 14 # 21 – 04 B/ San Nicolás
Correo Electrónico: Psicodiaz17@hotmail.com

Santa Marta, 2 de Julio de 2020

Documento de cobro No 6

EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF
Nit. No.899.999.239-2

DEBE A:
LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ
NIT. No. 1081912921

La suma de ***TRES MILLONES SEISCIENTOS SETENTA Y NUEVE MIL CIENTO SESENTA PESOS M/cte. ($ 3.679.160)****, por concepto de Prestar servicios profesionales para apoyar a la dirección de familias y comunidades en la implementación de las políticas, planes, estrategias y modalidades relativas del proyecto "fortalecimiento de las familias como agentes de transformación y desarrollo social a Nivel Nacional", desde el día 01 al 30 de Junio de 2020, del contrato N° 043 del año 2020.*

Consignar a la cuenta 51284101816 Bancolombia Tipo de cuenta de Ahorros
NO RESPONSABLES DEL IMPUESTO SOBRE LAS VENTAS

ACTIVIDAD ECONOMICA ***9609***

	CERTIFICO LA SIGUIENTE INFORMACION BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO Y DECLARO QUE:	***SI/NO***
1	*Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.*	*SI*
2	*He contratado dos o más (02) trabajadores asociados a la actividad.*	*NO*
3	*Obligado a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior (Ingresos Iguales o Superiores a 1.400 UVT, ($47.978.000)*	*NO*
4	• *He celebrado en el año inmediatamente anterior o en el año en curso contratos de venta de bienes y/o prestación de servicios gravados por valor individual, igual o superior a 3.500 UVT ($119.945.000-2019) ($124.624.500-2020) con el sector privado y/o 4.000 UVT (137.080.000-2019) ($142.428.000-2020) con el Estado* • *Que en el año anterior o en el año en curso hubieren obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, igual o superior a 3.500 UVT ($119.945.000-2019) ($124.624.500-2020).*	*NO* *NO*
5	*De acuerdo con el parágrafo 3 del art. 383 del estatuto tributario, solicito me practiquen una retención superior a la determinada, la cual será del:*	*0%*
6	****PAGO MES ANTICIPADO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con **los ingresos recibidos con la presente cuenta de cobro**, en los términos del artículo 244 de la ley 1955 de 2019, en concordancia con el parágrafo 2 artículo 108 del ET y articulo 1.2.4.1.16 del DUT como consta en el soporte adjunto. (**Pago anticipado de seguridad social, aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta**)* * ***PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con **los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta)**,*	*SI* *SI*
7	*De conformidad con el Artículo 3 del Decreto 558 del 15 de abril del 2020 (…) Por el cual se implementan medidas para disminuir temporalmente la cotización al Sistema General de Pensiones (…). He optado por realizar el pago parcial del aporte al Sistema General de Pensiones del 3%.*	*SI*
8	*De conformidad con lo establecido en el Artículo 9 de Decreto 568 de 2020 del 15 de abril de 2020. Efectuaré aporte solidario voluntario por el COVID 19. (**El aporte es voluntario, se liquida según la tabla y tarifa de rangos establecida en el art 9**, para contratos por prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión con honorarios mensuales periódicos mayores a $1.755.606 e inferiores a $10.000.000).*	*NO*
9	*De conformidad con el Decreto 568/2020 y Concepto DIAN 100208221-469, de abril de 2020, por este mes recibo ingresos de otros contratos suscritos con Entidades Públicas diferentes al ICBF (si la respuesta es **SI, deberá diligenciar el formato de certificación juramentada de otros contratos.***	*NO*

Cordialmente,

Leidys Diaz Rodriguez.

Leidys Díaz Rodríguez
C.C. 1.081.912.921 de Plato - Magdalena
Dirección: Vía 14 # 27 – 04 San Nicolás (Plato)
Celular: 3022409105
Correo Electrónico: psicodiaz17@hotmail.com
No Responsable del Impuesto Sobre las Ventas

MEMORANDO

Radicado No: 202049300000002843

Para: ANA PATRICIA PARRA
Coordinadora grupo Financiero.

Asunto: CUENTA COBRO DEL MES DE JUNIO DE LEIDYS DIAZ

Fecha: 2020-07-02

Atentamente me permito relacionarle los siguientes documentos que hacen parte de la certificación de la Contratista **LEIDYS PAOLA DIAZ RODRIGUEZ** correspondiente al periodo, en relación con el contrato No. 043 del 2020, del periodo correspondiente del 01 al 30 de junio del 2020:

- Formato Cuenta de Cobro.
- Certificación No Declarante de Renta.
- Informe de actividades realizadas en el periodo correspondiente.
- Soporte de pago Seguridad Social.

Cordialmente,

LILIANA COLLANTE. (E)
Profesional Especializado 2028-17
Con funciones de coordinadora de Encargada del
Grupo Asistencia Técnica
ICBF Regional Magdalena

Copia: Grupo Jurídico

Aprobó: Liliana Collante. Coordinadora Grupo Asistencia Técnica (E)
Revisó: Alexis Castañeda – Técnico Administrativo
Proyectó: Ivon Rodriguez Paternina- Contratista.