

Jeison David Hernandez Londoño
1.007.192.136

RÉGIMEN SIMPLIFICADO

Ciudad: SANTA ROSA DE CABAL

Fecha: 26 DE NOVIEMBRE DE 2025

Señores: Municipio Santa Rosa de Cabal Dirección Cra 14 No. 12-01 CAM Teléfono 3660600

Concepto: Pago **ACTA PARCIAL 9** del contrato de Prestación de servicios profesionales No. 320 de 2025.

Valor: **TRES MILLONES TRESCIENTOS MIL PESOS (\$3.300.000) M/CTE.**

Favor consignar en la cuenta Davivienda de ahorros N° 0550488440575527

Hago constar que he efectuado los aportes al Sistema de seguridad social por los ingresos materia de la cuenta de cobro que corresponden al período laborado, según la planilla de pago No. **1749494815** correspondientes al mes de noviembre de 2025.

Así mismo doy constancia que estos aportes no han sido restados de la base de retención en la fuente a título de impuestos de Renta por parte de otros contratantes; por lo tanto, pueden ser tomados para tal fin por el Municipio de Santa Rosa De Cabal.

Declaró que 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 haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de honorarios o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES originados en el contrato suscrito con el Municipio de Santa Rosa de Cabal (Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016).

Atentamente,

David Hernandez

Jeison David Hernandez Londoño
C.C 1.007.192.136
TEL. 3058941750
david.hernandez1@utp.edu.co