# *CUENTA DE COBRO*

*SECRETARIA DE SALUD DE LA GUAJIRA*

*NIT 892115015-1*

**DEBE A:**

**NOMBRE:** LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO

**IDENTIFICACIÓN:** CC __X__ NIT ____ No. **84089836** DE **RIOHACHA**

**LA SUMA DE:** ($ 4.400.000) CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE

**POR CONCEPTO DE:** PAGO POR PRESTACION DE SERVICIOS

**CUENTA** 0758411672

**TIPO DE CUENTA** AHORRC **X** CORRIENTE:_____

**BANCO:** BBVA COLOMBIA

**Contrato No.:** CO1.PCCNTR.8715781 de 2026

**DESEMBOLSO No.:** 4 (CUARTO)

**OBJETO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO DE SISTEMAS PARA FORTALECER EL COMPONENTE DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA.

**PERIODO COMPRENDIDO ENTRE:** DEL 05 DE ABRIL AL 04 DE MAYO 2026 (30 DIAS)

**FECHA:** MES DE MAYO 2026

**DIRECCION:** CALLE 16 N° 7 - 53 CASA 2

**CIUDAD:** RIOHACHA

**TELEFONO:** 3014265761

FIRMA

| Gobernación de La Guajira | PROCESO | | Código | |
|---|---|---|---|---|
| | Formato | Certificación pago parcial | Versión | 1 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| (1) Contrato No. | CO1.PCCNTR.8715781 | DE | 2026 | |
| (2) Nombre del contratista y/o representante legal: | | | LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO | |
| (3) Dirección: | CALLE 16 N° 7 - 53 CASA 2 | (4) Teléfono: | 3014265761 | |
| (5) Cédula y/o NIT: | 84,089,836 | (6) Correo electrónico: | lema28108@hotmail.com | |
| (7) Nombre (s) del supervisor (es) y/o interventores (es): | | | CARMEN ROSA SCOTT CURIEL | |
| (8) Dependencia: | DIRECTOR TECNICO-DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL Código 009 Grado 01 | (9) No. Extensión o teléfono: | | 3178936458 |
| (10) Objeto: | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO DE SISTEMAS PARA FORTALECER EL COMPONENTE DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA. | | | |
| ) Plazo de ejecución: | SIETE (7) MESES | | | |
| (12) Fecha de inicio: | 05 DE ENERO DE 2026 | (13) Fecha terminación: | 04 DE AGOSTO DE 2026 | |
| (14) Valor inicial del contrato: $ | $ 30,800,000 | | | |
| (15) Valor pagos (mensual o como se haya pactado): $ | $ 4,400,000 | | | |
| (16) Valor desplazamientos: $ | | | | |
| (17) Adición ($): | $0 | | | |
| (18) Prórroga (tiempo) | | | | |
| (19) Suspensión | | | | |
| (20) Cesión: | | | | |
| (21) Concepto del pago: | Pago DEL 05 DE ABRIL AL 04 DE MAYO DE 2026 (30 DIAS) | | | |

**Aspecto económico**

| (22) Valor total contrato (inicial+adición) (vigencia) $ | (23) Valor pagado (vigencia) $ | (24) Valor a pagar (vigencia) $ | (25) Saldo liberado (vigencia) $ | (26) Saldo por pagar (vigencia) $ |
|---|---|---|---|---|
| **$ 30,800,000** | **$13,200,000** | **$4,400,000** | **$ 0** | **$ 13,200,000** |

**Pago aportes salud - pensiones - parafiscales**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (27) Salud valor aporte: $ | $ 270,000 | | (28) Pensión valor aporte: | $ 345,600 | |
| (29) ARL: $ | $ 52,700 | | | | |
| ) Planilla de pago No. | **6008574006** | | Fecha | 16 de marzo de 2026 | |
| (32) Certificación parafiscales de fecha: | | | | | |

(33) **Concepto supervisor (es) y/o interventor (es)**

Elcontratista, LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO cumplió con las obligaciones contraidas en el contrato No. CO1.PCCNTR.8715781, presentando el respectivo informe de actividades desarrolladas, productos y demás obligaciones pactadas en el contrato y en el periodo señalado en el concepto del pago, correspondiente al contrato principal.

De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).

El contratista cumplió con el requisito de remision de copia del examen preocupacional a la Subdirección de Gestión del Talento Humano del departamento

Por lo anterior, se debe pagar a el/la contratista la suma de **$ 4.400.000 (CUATRO MILLONES CUATROCIENTOS MIL PESOS M/CTE)**

( 34) **Observaciones:**

(35) **Firma responsables:**

**CARMEN ROSA SCOTT CURIEL**
Supervisor

(36)MAYO de 2026

| Secretaria de Salud Departamental<br>Gobernación de La Guajira | PROCESO | GESTIÓN DE SALUD PÚBLICA | Código | GG-PMGS-028 |
|---|---|---|---|---|
| | Formato | INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN<br>Certificación parcial de ejecución, cumplimiento y recibo a satisfacción | Versión | 02 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Contrato No.** | CO1.PCCNTR.8715781 de 2026 | | |
| **Nombre del Contratista y/o Representante Legal** | LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO | | |
| **Nombre del supervisor y/o interventor** | CARMEN ROSA SCOTT CURIEL | **Teléfono / Extensión** | 3163224291 |
| **Dependencia** | DIRECCIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL | | |
| **Objeto del contrato** | PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES COMO INGENIERO DE SISTEMAS PARA FORTALECER EL COMPONENTE DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES DE LA SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL DE LA GUAJIRA. | | |
| **Fecha de inicio** | 05 DE ENERO DE 2026 | **Fecha de terminación** | 04 DE AGOSTO DE 2026 |
| **Período objeto del informe:** | DEL 05 DE ABRIL AL 04 DE MAYO 2026 | | |

| INFORME PARCIAL DE EJECUCIÓN | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Obligación contractual | | Actividad desarrollada | Producto recibido | Observaciones o comentarios del Contratista |
| 1. | Revisar las situaciones particulares de problemas de acceso e implementar estrategias que permitan garantizar la digitación de la información de las IPS vacunadoras en todos los municipios del Departamento | Se recibieron inquietudes sobre el funcionamiento del paiweb y se resolvieron de manera oportuna. | Formatos corregidos en la asistencia técnica, correos con instrucciones detalladas sobre las mejoras en la asistencia | Ninguna |
| 2. | Garantizar a través del sistema los resultados mensuales de dosis aplicadas y coberturas existentes en su población por cada uno de los biológicos trazadores | Se generaron las coberturas de marzo del 2026 | Archivo con las coberturas y dosis acumuladas para todos los biológicos del programa | Ninguna |
| 3. | Realizar informes y estadísticas relacionada con el sistema de información y su seguimiento, así como comparar los datos de la matriz de consolidación con lo reportado en el PAIWEB 2.0 | . Comparación de las coberturas obtenidas a nivel local, con la matriz nacional, constatando las equivalencias entre los datos locales y el nivel nacional | Archivo con las coberturas y dosis acumuladas para todos los biológicos del programa | Ninguna |
| 4. | Garantizar soporte técnico al Programa Ampliado de | Se recibieron solicitud de cambio y/o Autorizaciones sobre | Registros de Control de Cambio en el PAIWEB | Ninguna |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | Inmunizaciones en las acciones de capacitación a los usuarios de los aplicativos desarrollados y crear usuarios y perfiles | registro digitados en el PAIWEB que se resolvieron de manera oportuna. | | |
| 5. | Apoyar técnicamente a los municipios a resolver las inquietudes que se presenten en el sistema de información nominal del Programa67 Ampliado de Inmunizaciones (PAI). | Se recibieron consultas sobre el funcionamiento del sistema de información y se brindó la guía y capacitación necesarias para resolverlas | Videos, instructivos, y correos electrónicos donde se brinda capacitación sobre los problemas presentados | Ninguna |
| 6. | Garantizar soporte técnico al Programa Ampliado de Inmunizaciones en las acciones de capacitación a los usuarios de los aplicativos desarrollados y crear usuarios y perfiles. | Se realizaron un total de 2 usuarios, en funciones del sistema de información. | Archivo con lista de usuarios creadas | Ninguna |
| 7. | Revisar los inventarios de biológicos e insumos a nivel municipal y dar alertas a los municipios de las existencia y fechas de vencimiento. | Se revisaron los movimientos de biológicos de los 14 municipios y distrito y se comparó con lo registrado en paiweb, generando la solicitud de las correcciones pertinentes. | Historial de correos y formatos generados por el sistema PAIWEB | Ninguna |
| 8. | Apoyar y participar en los equipos de trabajo y reuniones en las que sea requerido por la supervisión, que tengan relación con el objeto del contrato. | Se realizaron 2 videoconferencia liderada por Administración Temporal en Coordinación por el Programa Ampliado de Inmunización PAI | Actas | Ninguna |
| 9. | Garantizar la continuidad del ingreso de la información, para lo cual debe brindar capacitación e inducción en el manejo del aplicativo al nuevo personal que se vincule al programa | Se recibieron consultas sobre el funcionamiento del sistema de información y se brindó la guía y capacitación necesarias para resolverlas. | Videos, instructivos, y correos electrónicos donde se brinda capacitación sobre los problemas presentados | Ninguna |
| 10. | Garantizar mensualmente back up de la información que genere el PAI | Se garantiza copia de seguridad de la información generada en el Programa al correo paiguajira@gmail.com, USB, DD y DRIVE | Historial de correos y formatos generados | Ninguna |
| 11. | Desplazarse fuera de la ciudad de Riohacha con ocasión de la ejecución del objeto contractual y en cumplimiento de las obligaciones del contrato, previa coordinación con el interventor asignado | Esta actividad está sujeta a la programación de reuniones liderada por la secretaria de salud departamental en Coordinación por el Programa Ampliado de Inmunización PAI | Cronograma | Ninguna |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 12. | Asistir a reuniones nacionales de asistencia técnica liderada por Ministerio de salud y protección social e INS del<br><br>Programa Ampliado de Inmunizaciones y Vigilancia de enfermedades inmunoprevenibles | Esta actividad está sujeta a la programación de reuniones liderada por la secretaria de salud departamental en Coordinación por el Programa Ampliado de Inmunización PAI. | Cronograma | Ninguna |

Hago constar que durante el periodo reportado se adelantaron las anteriores obligaciones y/o actividades.

**Firma del Contratista**
**Fecha: Mayo 2026**

**INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN**

De conformidad con el seguimiento a la ejecución del contrato, el supervisor certifica que:

1. El contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención (anteriormente presentadas).
2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).
3. Apruebo los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por Elcontratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contraten mención.
4. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.

**OBSERVACIONES**

**En constancia, firmo:**

**Supervisor**

**Lugar y Fecha: Riohacha, La Guajira MAYO 2026**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 84089836 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | RIOHACHA | DEPARTAMENTO: | GUAJIRA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 16 N° 7 - 53 PROGRESO | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 6008574006 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES marzo AÑO 2026 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES marzo AÑO | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2026/03/16 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 144277112 |

### 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 | $ 345.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 345.600 | $ 0 | $ 345.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 345.600** | **$ 0** | **$ 345.600** |

### 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 | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 270.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 270.000 | $ 0 | $ 0 | $ 270.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 270.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 270.000** |

### 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 |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 52.700 | $ 52.700 | $ 0 | $ 0 | $ 52.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 52.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 52.700** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 84089836 | MEDINA ARREDONDO LUIS EDUARDO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 2.160.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 2.160.000 | $ 345.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 345.600 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 2.160.000 | $ 270.000 | $ 0 | $ 270.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 2.160.000 | 84089836 | $ 52.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 668.300**

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

# GOBERNACION DE LA GUAJIRA

NIT. 892115015-1

## REGISTRO PRESUPUESTAL DE COMPROMISOS

**Registro No.** **81**

**Vigencia:** 2.026 **Fecha de Compromiso:** 5 de enero de 2026

**Beneficiario** MEDINA ARREDONDO LUIS EDUARDO **Nit:** 84089836 -

**No. C.D.P. :** 21 **Fecha de Expedición del C.D.P.:** 02 de enero de 2026 **Con Formalidades Plenas**

**Tipo de Compromiso** Prestacion de Servicios

**Contrato:** CO1.PCCNTR.8715781 **Fecha:** 18/12/2025 **Vence:** 31/07/2026

**Objeto:** PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES EN EL COMPONENTE DE SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES, MEDIANTE ACCIONES ORIENTADAS A LA GESTIÓN, ANÁLISIS Y SEGURIDAD DE LA INFORMACIÓN, GARANTIZANDO LA CALIDAD, INTEGRIDAD Y OPORTUNIDAD DE LOS DATOS QUE SOPORTAN LOS PROCESOS DEL PAI PLAZO SIETE MESES CODIGO 202600000000085

| Identificación Presupuestal | Concepto | Valor |
|---|---|---|
| **Gast-Inversió** | | |
| 21 - 2.03.02.002.002.09.02.01.06.1 - 32 | SERVICIOS PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA GOBERNABILIDAD Y GOBERNANZA - PAI | 30.800.000,00 |
| | **Total Compromisos** | $30.800.000,00 |

**Programación de Pagos**

| Mes | Valor |
|---|---|
| Enero | $4.400.000,00 |
| Febrero | 4.400.000,00 |
| Marzo | 4.400.000,00 |
| Abril | 4.400.000,00 |
| Mayo | 4.400.000,00 |
| Junio | 4.400.000,00 |
| Julio | 4.400.000,00 |
| **Valor Total Prog.** | $30.800.000,00 |

FIRMA

**DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS – LEY 1819 DE 2016 SISTEMA DE DETERMINACIÓN DEL IMPUESTO SOBRE LA RENTA DE LAS PERSONAS NATURALES.**

Yo, LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO, identificada[o] con Cédula de Ciudadanía número 84089836, expedida en la ciudad de RIOHACHA (LA GUAJIRA), obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que en el momento del pago correspondiente a la cuota número 04 del contrato CO1.PCCNTR.8715781 de 2026 objeto de esta declaración:

1. **Que** la Ley 1819 de 2016, introdujo sustanciales modificaciones al sistema de determinación del impuesto de las personas naturales, que **para efectos tributarios,** establece un sistema de tributación cedular, en virtud del cual se impone la obligación de determinar el impuesto en función del origen de las rentas, lo que implica que las personas naturales se vean obligadas a efectuar varias depuraciones cuando obtengan rentas de diferentes orígenes, considerando en cada caso, factores de depuración y tablas de impuestos diferentes. Es así como clasifica las rentas en cinco categorías, algunas de las cuales agrupa para efectos de la determinación de la tarifa del impuesto así:
   **( X ) Rentas de trabajo** (Salarios, comisiones, honorarios, retribución a servicios personales).

   **(  ) Pensiones** (jubilación, vejez, sobrevivientes, indemnizaciones sustitutivas de pensiones, etc).

   **(  ) Rentas de Capital** (Intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de. propiedad intelectual)

   **(  ) Rentas no laborales** ( rentas que no clasifiquen en otra cédula y aquellos honorarios recibidos por personas naturales que presten servicios y que contraten o vinculen por lo menos noventa (90) días, dos o más trabajadores).

   **(  ) Dividendos y participaciones**.

2. Diligenciar solo cuando los ingresos sean por concepto de honorarios y por compensación por servicios obtenidos: Manifiesto que SI (  ) NO **( X )** he contratado o vinculado 2 o más trabajadores asociados a la actividad.

3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

En constancia de lo anterior se firma el mes de MAYO de 2026

Firma:
Nombre: LUIS EDUARDO MEDINA ARREDONDO
Documento de Identificación: 84089836 Dirección: CALLE 6 N° 7 – 53 CASA2
Correo Electrónico: lema28108@hotmail.com

Teléfono: 3014265761

**Nota 1:** Recuerde que en desarrollo del decreto 1070 de 2013 toda persona está en obligación de auto clasificarse dentro de la categoria tributaria que le corresponda e informarle por escrito a sus pagadores. Es importante que antes de diligenciar este formato usted valide e identifique efectivamente a que categoria tributaria pertenece conforme a las descritas en el Art 329 del E.T.

**Nota 2:** ARTICULO 18°. Adiciónese el articulo 388 Estatuto Tributario el cual quedará así:
ARTICULO 388. DEPURACION DE LA BASE DEL CÁLCULO DE LA RETENCION EN LA FUENTE. Para obtener la base de retención en la fuente sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo efectuados a personas naturales, se podrán detraer los siguientes
1. Los ingresos que la ley de manera taxativa prevé como no constitutivos de renta ni ganancia ocasional.
2. Las deducciones a que se refiere el artículo 387 Estatuto Tributaria y rentas que la ley manera taxativa prevé como exentas, todo caso, la suma total de deducciones y rentas exentas no podrá superar el cuarenta por ciento (40%) del resultado de restar del monto del pago o abono en cuenta no constitutivos de renta ni ganancia ocasional imputables. Esta limitación no aplicará en el caso del pago de pensiones de jubilación, invalidez, vejez, sobrevivientes y profesionales, las indemnizaciones sustitutivas de las pensiones y devoluciones ahorro pensional.
La exención prevista en el numeral 10 artículo 206 del Estatuto Tributario procede también para pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios obtenidos por personas informen que no han contratado o vinculado (2) o más trabajadores asociados a la actividad.
Los factores depuración de la base retención los trabajadores cuyos ingresos no provengan una relación laboral, o legal y reglamentaria, se determinarán mediante los soportes que adjunte el trabajador a la factura o documento equivalente o el documento expedido por las no obligadas a facturar en los terminos del inciso del articulo 771-2 Estatuto Tributario.
PARÁGRAFO. Para efectos la aplicacion la de retención en la fuente en el articulo 383 del Estatuto Tributario a las personas naturales cuyos pagos o abonos en cuenta no provengan de una relación laboral, o legal y reglamentaria, se deberá en cuenta la totalidad de los pagos o abonos en cuenta efectuados en el respectivo mes.