DOCUMENTO PARA NO OBLIGADOS A FACTURAR

Barranquilla, noviembre 18 de 2020

EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO
NIT: 890.102.006 - 1

DEBE CANCELAR

A

MARTHA LUZ SLEMAN CHAMS
SI__NO_X_ responsable de IVA

NIT: 32854140-4

LA SUMA DE $ 6.825. 000.oo

VALOR DE LA OPERACIÓN EN LETRAS: SEIS MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICINCO MIL PESOS

CONCEPTO: Prestación de servicios profesionales para el fortalecimiento de la gestión tributaria en la subsecretaría de rentas, adscrita a la secretaría de hacienda del departamento del atlántico, en los asuntos relacionados con las actividades que le sean encomendadas.

Periodo comprendido entre el 18 de octubre de 2020 al 17 de noviembre de 2020 por el contrato No. 202002516

En cumplimiento del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 2250 del 29 de diciembre de 2017, y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el artículo 17 de la Ley 1819 de 2016, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad, por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos. Lo anterior para que se tenga en cuenta en la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente por concepto de las rentas de trabajo de qué trata el artículo 103 del Estatuto Tributario. Adicionalmente, 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 cuentas por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales.

En constancia de lo anterior se firma a los 18 días del mes de noviembre del 2020.

Cordialmente,

Firma: 

Nombre del Contratista: MARTHA LUZ SLEMAN CHAMS
Documento de Identificación: 32854140
Dirección: CALLE 72 No. 60-50
Correo Electrónico: marthasleman@gmail.com
Teléfono Celular: 3002074945

CERTIFICADO PERSONAS NATURALES CONTRATOS PRESTACION DE SERVICIOS PARA DEDUCCION DEPENDIENTES

Fecha del certificado: Barranquilla, 18 de noviembre de 2020

A fin de cumplir con las normas tributarias, con el fin de acceder al beneficio de detraer de mis pagos gravables producto del contrato de prestación de servicios número 202002516 el 10% por concepto de dependientes hasta un máximo de 32 UVT mensuales, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que YO, Martha Luz Sleman Chams, identificada con la cédula de ciudadanía No. 32854140 de Sabanalarga/Atlántico, para efectos de lo establecido en el parágrafo 2º del artículo 387 del Estatuto tributario y el parágrafo del artículo 1.2.4.1.18 del Decreto reglamentario DUR 1625 de 2016 referente a la calidad de dependiente y con el fin de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes que tiene el suscrito, indico que tengo la (s) persona (s) dependiente (s) que cumplen las prescripciones de los artículos mencionados, y me permito identificarlos plenamente, de acuerdo con el siguiente detalle:

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

NOMBRES Y APELLIDOS	**PARENTESCO**	**EDAD**
IVANNA SALAS SLEMAN	**HIJA**	**4 AÑOS**

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. SI __ NO__.

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	ENTIDAD EDUCATIVA	PROGRAMA
NA	NA	NA	NA	NA

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. SI__ NO__

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD
NA	NA	NA

NOTA. Se adjunta certificación de 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. SI__ NO__

NOMBRES Y APELLIDOS	CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DE DEPENDENCIA
NA	NA	NA

Certificación adjunta de Contador público. SI__ NO__Certificación adjunta de Medicina Legal. .SI__ NO__

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.

NOMBRES Y APELLIDOS	CONYUGE O COMPAÑERO PERMANENTE	TIPO DE DEPENDENCIA
NA	NA	NA

Certificación adjunta de Contador público. SI__ NO__Certificación adjunta de Medicina Legal. .SI__ NO__

Atentamente

Martha Sleman Ch

MARTHA LUZ SLEMAN CHAMS

Coomeva | Medicina Prepagada

C O O M E V A M E D I C I N A P R E P A G A D A S.A.

NIT. 805.009.741-0

C E R T I F I C A

Que el Señor(a) SLEMAN CHAMS MARTHA LUZ con null Nro. 32854140 realizó pagos a nuestro servicio de MEDICINA PREPAGADA, así :

Beneficiario	Identificación	Plan - Programa	Parentesco	Fecha Inicio	Valor
SLEMAN CHAMS MARTHA LUZ	32854140	A OA15	CONTRATANTE	2012/11/28	$ 2,245,100.00
SLEMAN CHAMS MARTHA LUZ	32854140	A SONU	CONTRATANTE	2019/08/23	$ 202,900.00
SALAS BROCHADO JULIO CESAR	72315835	A OA15	CONYUGE	2016/04/23	$ 2,245,100.00
SALAS SLEMAN IVANNA	1042863671	A OANI	HIJO (A)	2016/04/23	$ 1,794,200.00
SALAS SLEMAN IVANNA	1042863671	A SOM2	HIJO (A)	2019/08/23	$ 117,000.00
SALAS BROCHADO JULIO CESAR	72315835	A SONU	CONYUGE	2019/08/23	$ 202,900.00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2019 pagó por concepto de Medicina Prepagada la suma de: $ 6,807,200.00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2019 pagó por concepto de IVA del servicio Medicina Prepagada la suma de: $ 340,360.00

Monto total de los pagos: $ 7,147,560.00

Se expide este certificado a los 1 días del mes de Abril de (2020). De acuerdo con lo dispuesto en el Literal a) del Artículo 387 del Estatuto Tributario y el Artículo 6 del decreto 4713 de Diciembre 26 de 2.005.

Direccion Nacional De Operaciones

Coomeva Medicina Prepagada.

COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, Autorizada por resolución Nro. 1667 de diciembre 12 de 1.997, de la Superintendencia Nal de Salud.

BANCO COMERCIAL AV VILLAS
NIT: 860.035.827-5

CERTIFICACIÓN DE CRÉDITO HIPOTECARIO

Que SLEMAN CHAMS MARTHA LUZ identificado con CC. No 32,854,140 y SALAS BROCHADO JULIO CESAR identificado con documento No. 72,315,835 tienen con el **BANCO AVVILLAS** un **CREDITO HIPOTECARIO PESOS** número: 1815400 - 9 , que a diciembre 31 de 2019 presenta el siguiente estado:

Fecha de desembolso	2014/09/25
Monto original del préstamo	$115,500,000.00
Saldo capital a Diciembre 31 de 2018	$97,933,447.00
Saldo capital a Diciembre 31 de 2019	$92,480,700.00
Saldo cuenta por cobrar a Diciembre 31 de 2019	$0.00
Valor pagado por corrección monetaria - UVR	$0.00
Valor pagado por intereses	$9,027,386.00
Total pagado por todo concepto por el deudor	$14,480,983.00
Alivio Gobierno Nacional decreto 1143 de 2009	$0.00
Total pagado por todo concepto	$14,480,983.00
Numero de Cuotas pagadas en el año	12
Valor Total deducible (D.R. 331/76)	$9,027,386.00

IMPORTANTE:

De acuerdo con el Artículo 119 del Estatuto Tributario, la deducción de los Créditos para Adquisición de Vivienda estará limitada a $41,124,000.00

Se expide esta certificación el 2020/01/14

No requiere Firma (Articulo 10 D.R. 836/91)

Si desea dirigirse al Defensor del Consumidor Financiero, puede enviar comunicación escrita a **Patricia Amelia Rojas Amézquita o Carlos Mario Serna Jaramillo**, a la Avenida Calle 72 No 6-30 Piso 18 en Bogotá D.C.PBX: 6092013, fax 4673769, Correo electrónico: defensoria@skol-serna.net. Horario de Atención: De lunes a Viernes de 8:30 a.m. a 5:30 p.m. Las funciones generales del Defensor del Consumidor Financiero son: 1) Dar trámite a las quejas contra las entidades vigiladas en forma objetiva y gratuita. 2) Ser vocero de los consumidores financieros ante la institución. 3) Actuar como conciliador entre los consumidores y el Banco. Para presentar su reclamación no se exige ninguna formalidad, basta con enviar comunicación escrita indicando el motivo de la queja, describiendo los hechos y los derechos que considere vulnerados así como la identificación y demás datos que le permitan a la Defensoría contactarlo.

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1042863671

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54879791

54879791

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☐ Número ☐☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 0 3 M

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SALAS	SLEMAN

Nombre(s)

IVANNA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2 0 1 5 Mes M A R Día 2 3	FEMENINO	A	Positivo

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección)

COLOMBIA - ATLANTICO - PUERTO COLOMBIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	2385619-2

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SLEMAN CHAMS MARTHA LUZ

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO 32.554.111	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SALAS BROCHADO JULIO CESAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 72.315.935	COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SALAS BROCHADO JULIO CESAR

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 72.315.935	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma

Fecha de Inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 1 5 Mes M A R Día 2 3	RUBY ASTRID DUARTE ROBAYO Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA
RUBY ASTRID DUARTE ROBAYO
NOTARIA
BARRANQUILLA

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

NOTARIA SEXTA TITULAR DEL CÍRCULO DE

AYDEE CECILIA MERIÑO SALAZAR

Es fiel copia tomada del folio original del Registro Civil de Nacimiento y se expide a peteción del interesado, quien manifesta que lo requiere con la única finalidad de acreditar parentesco. El notario advierte que la divulgación de su contenido sin motivo legitimo, se considerá atentado contra el derecho de la intimidad y será sancionado. La copia fue entregada a:

19/02/2015

MARTHA LUZ SLEMAN CHAMS

Identificado con. 32854140

203223

NOTARIA 6 DE BARRANQUILLA — AYDEE CECILIA MERIÑO SALAZAR — NOTARIA

e Martha Sleman Ch.

NOTARIA 6 DE BARRANQUILLA — AYDEE CECILIA MERIÑO SALAZAR — NOTARIA