

 BELLAS ARTES INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DEL VALLE	CERTIFICACIÓN DETERMINACIÓN RENTAS DE TRABAJO - DECLARACIÓN FORMAL DE DESCUENTO POR PAGO AL SGSSI	CODIGO: AP-BYS-FO-V01-07
		VERSION: 01
	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	FECHA: 06/Feb/2025

Señores
INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE BELLAS ARTES
NIT: 890.325.989-3
Cali

REFERENCIA: CERTIFICACIÓN DETERMINACIÓN CEDULAR RENTAS DE TRABAJO

Yo, JULIAN HENAO VALLEJO identificada como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento, que pertenezco a la cédula de Rentas de Trabajo establecida en el artículo 103 del Estatuto Tributario, y que la información suministrada es fidedigna y corresponde a los soportes que me permiten obtener las deducciones y rentas exentas para aplicar en los siguientes contratos de prestación de servicios suscritos con el Instituto Departamental de Bellas Artes.

No. Contrato de Prestación de Servicios y/o Orden de Servicios	Valor Total Contrato antes de IVA	Fecha de Inicio (DD/MM/AA)	Fecha de terminación (DD/MM/AA)	No. Cuotas	Valor Cuota
CDPS-139-2026	\$ 28.890.000	29/7/2026	30/12/2026	6,0	\$ 4.815.000

	\$ 4.815.000
Total Ingreso mensual Base de Cotización Seguridad Social	\$ 1.926.000
Valor SMMLV 2026	1.750.905

¿Es usted Pensionado?	SI ()	NO (X)
¿Es usted funcionario administrativo y/o docente de Bellas Artes?	SI ()	NO (X)
Adjuntó Certificado de Dependientes con anexos	SI ()	NO (X)

Declaración formal de descuento en aplicación del Dcto. 2271 de 2009 y el art. 126-1 del E.T.

Así mismo, declaro bajo gravedad de juramento en cumplimiento de lo establecido en el parágrafo 1 del artículo 4 del Decreto 2271 de 2009 y el artículo 126-1 del Estatuto tributario, que los soportes adjuntos a la presente declaración corresponden al pago de aportes obligatorios al Sistema de Seguridad Social Integral por concepto de salud y pensión, de los Contratos relacionados anteriormente suscritos con el Instituto Departamental de Bellas Artes.

A continuación se relacionan los documentos soporte de los aportes efectuados al Sistema de Seguridad Social Integral:

PERIODO COTIZADO	NOMBRE DE LA ENTIDAD		VALOR ESTIMADO POR PAGAR	VALOR DEL APORTE PAGADO	VALOR TOTAL DE APORTES
ABRIL	Salud	X	\$240.750,00	\$250.000,00	580.500,00
	Pensión	X	\$308.160,00	\$320.000,00	
	ARL	X	\$10.100,00	\$10.500,00	

Así mismo, informo que mis ingresos por el respectivo periodo de cotización no exceden el tope de los 25 SMMLV de que trata el artículo 3 del Decreto 510 de 2003.



Nombres y apellidos: JULIAN EDUARDO HENAO VALLEJO

N° documento de ID: 1144190759

Este documento es propiedad del Instituto Departamental de Bellas Artes. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio.

