Cajicá, abril 12 de 2021

Señores
SECRETARIA DE HACIENDA
Municipio de Cajicá.
Ciudad

CERTIFICACIÓN JURAMENTADA

Yo, **JAIRO ENRIQUE SANCHEZ MORENO** identificado con la cédula de ciudadanía N° **6.763.102** expedida en Tunja (Boyacá), con actividad económica (CIIU) **71104,** declaro que actualmente tengo suscrito el Contrato de Prestación de Servicios No. **248 de fecha marzo 13 del 2021**. El pago de seguridad social [i], se realizó a través de Planilla No. **929211562** de **fecha 03/19/2021**.

PERIODO COTIZADO	NOMBRE DE LA ENTIDAD		VALOR DEL APORTE ($)	VALOR PAGADO PLANILLA ($)
marzo 2021	Salud	SANITAS	312.500	740.600
	Pensión	COLFONDOS	400.000	
	ARL	COLPATRIA	13.100	

Con el fin de dar cumplimiento al numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto Único Reglamentario No. 1625 de 2016 (modificado por el artículo 1 del Decreto 1808 de 2019), manifiesto bajo la gravedad de juramento (marque con una X) que:

Para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente establecida en el artículo 1.2.4.1.6 del Decreto Único Reglamentario No. 1625 de 2016, el cual aplica sobre los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos provenientes de honorarios y compensaciones por servicios personales, declaro que:

SI	NO	PREGUNTA
	X	He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un término superior a 90 días continuos o discontinuos
	X	He contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a mi actividad económica por un período inferior a 90 días, de conformidad con lo establecido en el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.
	X	De conformidad con el parágrafo 3 del Artículo 383 del Estatuto Tributario, autorizo se aplique una tarifa de retención en la fuente superior (tarifa 11%, 10%, 6% ,4% según aplique) a la determinada en el punto anterior (Depuración).
	X	Estoy inscrito como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación – SIMPLE
X		Soy responsable de IVA, de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 437 del Estatuto Tributario Nacional

Cordialmente,

Firma: _____

C.C.No. 6.763.102.

Huella

[i] El pago de Seguridad Social será verificado mediante la herramienta tecnológica que ponga a disposición el Ministerio de Salud y Protección Social de acuerdo a lo establecido en el artículo 24 del Decreto Reglamentario 2106 de 2019