

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.8133970		
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA APOYAR EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES DEL ÁREA DE ASEGURAMIENTO DE LA SECRETARIA DE SALUD		
Contratista:	STELLA RAMOS RAMÍREZ		
No. de NIT	35.476.489		
Fecha Inicio del Contrato	Julio 29 de 2025	Fecha de Terminación	Diciembre 28 de 2025
Periodo del Informe	Agosto 28 de 2025 a septiembre 29 de 2025		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$ 35.125.000,00
Valor a Pagar en este periodo	\$7.025.000,00
Saldo por Pagar	\$28.100.000,00
Pago No.	DOS DE CINCO

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES		
A la fecha de presentación del presente informe y documento soporte de pago, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, manifiesto que tengo vigentes los siguientes contratos adicionales de prestación de servicios, y que realicé el pago de aportes al SSI sobre el 40% del total de los ingresos mensuales así:		
ENTIDAD CONTRATANTE	VALOR MENSUAL DE LOS INGRESOS	FECHA INICIO / FECHA TERMINACIÓN CONTRATO
ALCALDÍA MUNICIPAL DE CHIA	\$ 7.025.000,00	29-07-2025 A 28-12-2025
XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
Salud	88894590	AGOSTO 2025	\$ 771.300
Pensión			\$ 1.049.000
ARL			\$ 64.500
Salud	89684640	SEPTIEMBRE 2025	\$ 771.300
Pensión			\$ 1.049.000
ARL			\$ 64.500

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. **CO1.PCCNTR.8133970**, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo DOS (2) ENTRE 29-08-2025 AL 28-09-2025, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS																																																						
1. Concertar con el supervisor del contrato, el cronograma de actividades, donde se priorizaran las entidades y/o instituciones a intervenir	Para dar cumplimiento a esta obligación se elaboró cronograma en concertación con la supervisora del contrato, en el cual se estableció la realización de actividades de seguimiento a las instituciones que por competencia la secretaria de Salud tiene que verificar, como se evidencia en la siguiente tabla: ALCALDIA DE CHIA SECRETRIA DE SALUD CRONOGRAMA DE SEGUIMIENTO EPS <table><tr><td></td><td colspan="5">MES</td></tr><tr><td>EPS</td><td>AGOSTO</td><td>SEPTIEMBRE</td><td>OCTUBRE</td><td>NOVIEMBRE</td><td>D</td></tr><tr><td>NUEVA EPS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>COOSALUD</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>FAMISANAR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>COMPENSAR</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SANITAS</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SALUD TOTAL</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>SURA</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		MES					EPS	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	D	NUEVA EPS						COOSALUD						FAMISANAR						COMPENSAR						SANITAS						SALUD TOTAL						SURA					
	MES																																																						
EPS	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	D																																																		
NUEVA EPS																																																							
COOSALUD																																																							
FAMISANAR																																																							
COMPENSAR																																																							
SANITAS																																																							
SALUD TOTAL																																																							
SURA																																																							
3. Apoyar el seguimiento de las redes integrales de atención contratadas por las EPS para la atención en salud a la población del municipio de Chía, con sus correspondientes reportes de evaluación a la Secretaría de Salud de Cundinamarca.	Para dar cumplimiento a esta obligación se apoyó a la secretaria de salud en el seguimiento de las redes integrales de atención contratadas por la NUEVA EPS, COOSALUD EPS Y FAMISANAR EPS se verifico el acceso efectivo, real y oportuno de los servicios de salud brindados por esta EPS a los habitantes del municipio, validando que los prestadores y servicios reportados por la EPS para el municipio, estén habilitados en el REPS, e identificando una problemática que continua en el tema de entrega de medicamentos e insumos para usuarios de la Nueva EPS tanto régimen contributivo como subsidiado, con su dispensador de medicamentos colsubsidio. Ante esta situación quedó en evidencia que es consecuencia de un tema administrativo (falta de pagos); información que fue enviada al correo: william.vega@cundinamarca.gov.co mediante matriz suministrada por la Gobernación de Cundinamarca al referente Dr. William Vega. Con FAMISANAR EPS en el mes de agosto se evidencio la NO entrega de Medicamentos y agendamiento con especialistas. Las PQRS por parte de usuarios de FAMISANAR EPS referente a dificultades por no entrega de medicamentos y agendamiento de citas con especialistas, que dentro de estos casos tuvimos: a los señor@s: ELIZABETH BOJACA con C.C. 51558867; ELSA MARIA BUITRAGO con C.C. 20468737; EVELYN VALENTINA LEON con CC. 1011320760; IVAN ERNESTO MENDOZA PARDO con CC. 79277602; JOSE DIONISIO PRADA con CC. 79264014; JUAN ESTEBAN DIAZ VEGA con TI. 1072674682; MARIA EUGENIA BUENO BUENO con CC. 35473990; MERCEDES TENJO BOJACA con CC. 41509488 y ROGELIO ANTONIO SOCHA con CC. 2994342, dentro del seguimiento que se realizó se pudo verificar que fueron atendidas y resueltas las solicitudes dentro del mismo mes de agosto 2025. Información que fue enviada al correo gisell.rocha@cundinamarca.gov.co mediante matriz suministrada por la Gobernación de Cundinamarca a la referente Dra. Gisell Rocha García. Con respecto a las demás EPS no se encontró novedades de inconformidad durante el mes de agosto de 2025. Se evidencia en el anexo adjunto.																																																						
4. Acompañar a la Secretaría de Salud en el análisis y control de recaudo y ejecución de los recursos transferidos por Coljuegos, brindando asesoría a la secretaria de salud respecto a su correcta ejecución en el marco de la normatividad vigente y el correcto flujo de recursos en el SGSSS	Para dar cumplimiento a esta obligación se realizó la verificación del recaudo de los recursos transferidos por COLJUEGOS y/o ETESA y de los rendimientos financieros generados durante el mes de agosto 2025 por este mismo concepto, que mediante el análisis y control de la información registrada en el extracto bancario enviado por la secretaria de hacienda del municipio, estos valores fueron reportados a la Superintendencia Nacional de Salud – SUPERSALUD referente a la Circular única, en los primeros cinco días calendarios del mes de agosto. Se videncia en el anexo adjunto.																																																						

5. Brindar asistencia técnica a la Secretaría de Salud, en asuntos financieros y presupuestales para garantizar la correcta ejecución del fondo local de salud	Con el fin de dar cumplimiento a esta obligación se brindó asistencia técnica a la Secretaría de Salud, en asuntos financieros como la revisión de la ejecución presupuestal de gastos de la secretaria y del Plan de Acción donde se requirió realizar traslado presupuestal para dar cumplimiento a las Metas, Programas y Proyectos del Plan de Desarrollo 2024-2027 mediante las Actividades registradas en el SITESIGO, lo cual se requirió COMFIS que se realizó dentro del periodo de este informe, donde se evidencio la correcta aplicación del traslado de recursos presupuestales para garantizar la adecuada ejecución del fondo local de salud dentro de este tiempo. Se evidencia en el anexo adjunto.
6. Apoyar en la elaboración y análisis de los informes presupuestales y financieros a cargo de la Secretaría de Salud.	Para el cumplimiento de esta actividad se apoyó con el análisis de la ejecución activa y pasiva y se llevó a cabo la solicitud de liberación de saldos sin ejecutar dentro del auxiliar presupuestal de CDPS abiertos. Se Realizó modificación al plan de acción ajustando las actividades afectadas por la liberación de saldos de CDP y las actividades de origen y destino para el respectivo traslado presupuestal. Se evidencia en el anexo adjunto.
7. Realizar el acompañamiento a la Secretaría de salud, en las diferentes auditorías de flujo de recursos y demás auditorías programadas por los entes de control, así como las citaciones del Concejo Municipal y proceso de Rendición de Cuentas para brindar soporte a la consolidación de la información, y los informes técnicos solicitados por las auditorías en materia financiera y presupuestal.	Para el cumplimiento de esta actividad se realizó el acompañamiento a la Secretaria de Salud con la auditoría realizada los días 10, 11 y 12 de septiembre de 2025 por los doctores Viviana Garzón Plazas, María Omaira Cristancho Montaña y Jesús Antonio Campos de la Dirección de Inspección, Vigilancia y Control de la Gobernación de Cundinamarca, donde se les suministro toda la información financiera del Fondo Local de Salud requerida por ellos, correspondiente al primer semestre de 2025. Se puede evidenciar en los anexos adjuntos.

El presente informe contiene el soporte de pago correspondiente, para el periodo del informe que se presenta. De igual manera, el presente documento se entenderá presentado por el contratista una vez se realice su respectivo cargue en SECOP II.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35476489	STELLA RAMOS RAMIREZ		Cra 3 No. 18 - 60 Apto 203	6018860595	ramstell2006@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-08	2025-08	I	14/08/2025	88894590	\$1.884.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	771.300	0		0		0	0	0	0	771.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	987.200	0	0	30.900	30.900	0	0		1.049.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	64.500				64.500	0	0	64.500			645	64.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	771.300	771.300
Pensión	1	1.049.000	1.049.000
Riesgos Laborales	1	64.500	64.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.884.800	1.884.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35476489	STELLA RAMOS RAMIREZ		Cra 3 No. 18 - 60 Apto 203	6018860595	ramstell2006@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-08	2025-08	I	14/08/2025	88894590	\$1.884.800
					TOTAL A PAGAR

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES														
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Sueldo	Exonerado	Clase de Riesgo	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	APR	VCT	RL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	35476489	RAMOS RAMIREZ STELLA	59	0	N																		25-14	6.170.000	987.200	0	0	30.900	30.900	EPS005	6.170.000	771.300	14-11	6.170.000	2	64.500		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35476489	STELLA RAMOS RAMIREZ		Cra 3 No. 18 - 60 Apto 203	6018860595	ramstell2006@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2025-09	2025-09	I	08/09/2025	89684640	\$1.884.800

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	771.300	0		0		0	0	0	0	771.300	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	987.200	0	0	30.900	30.900	0	0		1.049.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	64.500				64.500	0	0	64.500			645	64.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre				NIT	Valor Aporte	Días Mora
						Valor Mora Aporte	Total a Pagar
							No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	771.300	771.300
Pensión	1	1.049.000	1.049.000
Riesgos Laborales	1	64.500	64.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.884.800	1.884.800

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	35476489	STELLA RAMOS RAMIREZ		Cra 3 No. 18 - 60 Apto 203	6018860595	ramstell2006@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2025-09	2025-09	I	08/09/2025	89684640	10
					TOTAL A PAGAR
					\$1.884.800

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Clasificación	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN							
1	CC	35476489	RAMOS RAMIREZ STELLA	59	0		N																		25-14	6.170.000	987.200	0	0	30.900	30.900	EPS005	6.170.000	771.300	14-11	6.170.000	2	64.500		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

DIAN		Formulario del Registro Único Tributario		001	
2. Concepto 02 Actualización		4. Número de formulario 141192662642			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 35476489		6. DV 8		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 32	
IDENTIFICACIÓN					
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida 2		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía 13		26. Número de Identificación 35476489	
Lugar de expedición 28. País COLOMBIA 169		29. Departamento Cundinamarca 25		30. Ciudad/Municipio Chía 175	
31. Primer apellido RAMOS		32. Segundo apellido RAMIREZ		33. Primer nombre STELLA	
34. Otros nombres					
35. Razón social					
36. Nombre comercial					
37. Sigla					
UBICACIÓN					
38. País COLOMBIA 169		39. Departamento Cundinamarca 25		40. Ciudad/Municipio Chía 175	
41. Dirección principal CR TERCERA 18 60 AP 203					
42. Correo electrónico ramstell2006@hotmail.com					
43. Código postal		44. Teléfono 1 6018860595		45. Teléfono 2 3132234783	
CLASIFICACIÓN					
Actividad económica		Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código 7112		47. Fecha inicio actividad 20110201		48. Código 6920	
49. Fecha inicio actividad 20150427		50. Código 1		2	
51. Código		52. Número establecimientos			
Responsabilidades, Calidades y Atributos					
53. Código 52249					
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario					
22- Obligado a cumplir deberes formales a					
49 - No responsable de IVA					
Usuarios aduaneros					
Exportadores					
55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3					
57. Modo					
58. CPC					
59. Anexos SI NO X					
60. No. de Folios: 0					
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.					
Firma del solicitante:					
Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.					
Firma autorizada:					
984. Nombre RAMOS RAMIREZ STELLA					
985. Cargo CONTRIBUYENTE					

CERTIFICACION PARA CALCULO DE RETENCION EN LA FUENTE PARA RENTAS
QUE NO PROVENGAN DE UNA RELACION LABORAL O LEGAL Y
REGLAMENTARIA

Yo, Stella Ramos Ramírez identificado con cédula de ciudadanía No. 35.476.489, En cumplimiento del decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, por el cual se reglamenta parcialmente los artículos 206, 331, 336 y 383 del Estatuto Tributario, modificados por los artículos 2, 6, 7 y 8 de la ley 2277 de 2022, se sustituyen, modifican y adicionan unos artículos a la parte 2 del libro del Decreto 1625 de 2016, único reglamentario en materia tributaria, relacionados con la determinación del impuesto sobre la renta a cargo de las personas naturales residentes y la retención en la fuente por concepto de rentas de trabajo. Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que:

Para el cálculo de la retención en la fuente:

☒ No usaré costos en mi declaración de rentas, para que se aplique la tarifa de acuerdo con lo previsto en el artículo 383 del estatuto tributario.

☐ Aplicar la tarifa de retención en la fuente prevista en los artículos 392 y 401 del Estatuto tributario y decretos reglamentarios.

La presente certificación se firma a los 29 del mes de Septiembre de la vigencia 2025

FIRMA: 

Escriba el texto aquí

Carrera 11 N° 11-29
PBX: 884 4444 Ext. 2010
secretariadehacienda@chia.gov.co
www.chia-cundinamarca.gov.co