**SOCIEDAD FIDUCIARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO S.A**

**CERTIFICACION - PERSONAS NATURALES**

Yo ­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía N.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declaro bajo la **GRAVEDAD DE JURAMENTO** que, para el pago de los honorarios y/o servicios correspondientes al contrato que tengo suscrito con el FIDEICOMISO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CODIGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , he efectuado los aportes a la seguridad social por los ingresos materia de honorarios y/o servicios en la cuantía establecida en la legislación vigente, de la siguiente forma:

|  |  |
| --- | --- |
| Contrato N.º: |  |
| Valor pago: |  |
| No. (s) y fecha de planilla (s) de pago de aportes: (si aplica) |  |
| Empresa (SOI, MI PLANILLA, etc.): (si aplica) |  |
| Valor total pagado (sin intereses): (si aplica) |  |

Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | | **SI** | **NO** | **Ver Soporte Anexo** | **VALOR MENSUAL** |
| Declarante de renta | |  |  | 1 | N/A |
| Responsable de IVA | |  |  | 2 | N/A |
| Aporte al fondo de solidaridad y subsistencia | |  |  | 3 | N/A |
| Aportes a riesgos laborales | |  |  | 4 | N/A |
| Aportes cuenta AFC | |  |  | 5 |  |
| Aportes VOLUNTARIOS A PENSION | |  |  | 6 |  |
| Certificación de pago intereses en préstamos, para la adquisición de vivienda del Empleado, limite 100 UVT | |  |  | 7 | N/A |
| Certificación de pago a MEDICINA PREPAGADA y/o planes adicionales de salud- empleado, conyugue y hasta 2 hijos. | |  |  | 8 | N/A |
| Personas dependientes del Empleado – 10% de los ingresos brutos sin exceder 32 UVT. | Hijos |  |  | 9 | N/A |
| Conyugue |
| Padres |
| Hermanos |

Finalmente, manifiesto que esto aportes NO SIRVIERON para la disminución de la base de retención en la fuente en otro cobro, por lo cual, SI pueden ser tomados para tal fin por el pagador, según lo preceptuado por la normatividad vigente, a fin de que los aportes efectuados al Sistema General de Seguridad Social sean deducidos de la base de retención en la fuente al momento del pago o abono en cuenta.

**NOTA: Favor validar los anexos requeridos conforme a cada uno de los rubros.**

La presente Declaración juramentada se firma en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el día \_\_\_ del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

Nombre:

C.C.:

|  |  |
| --- | --- |
| **ANEXOS** | |
| **N.º ANEXO** | **DOCUMENTOS REQUERIDOS** |
| 1 | Remitir soporte del RUT actualizado. |
| 2 | Remitir soporte del RUT actualizado. |
| 3 | Remitir soporte del pago u aporte correspondiente |
| 4 | Remitir soporte del pago u aporte correspondiente |
| 5 | Adjuntar certificación del Banco, en el cual se realizan los pagos del mes correspondiente al cobro realizado. |
| 6 | (Diferentes a los obligatorios)- Anexar certificación y pago realizado en el mes que se está cobrando. |
| 7 | Certificado de los intereses pagados por crédito de vivienda emitidos por la respectiva entidad financiera. |
| 8 | Certificación de Pago MEDICINA PREPAGADA pagado año inmediatamente anterior, valor, meses. |
| 9 | -Registro Civil menores de 18 años.  -Hijos (entre 18 y 23 años) con dependencia Educativa- Registro Civil -Copia del pago de matrícula cancelado.  -Hijos (mayores de 23 años) con dependencia por factores físicos o psicológicos –Certificado remitido por medicina legal o empresas Administradoras de Salud.  -Conyugue, padres y/o hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos en el año menores a 260 UVT- Certificado por contador público o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por medicina legal. |