Certificado Tributario e Información del Sistema General de Seguridad Social Integral- SGSSI

Señores: SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

En cumplimiento del Decreto 1625 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria para efectos de la depuración de la base para el cálculo de la retención en la fuente, bajo la gravedad de juramento certifico que:

1. INFORMACIÓN GENERAL

CONTRATO	Numero #	192	De	2021

Contratista (Nombre completo)	**MAX ARMANDO ZABARAIN AVENDAÑO**			
Identificación (NIT, CC, etc.)	**1.140.855.683**		**DV**	**9**
Dirección	**Avenida calle 32 N° 13 - 83**			
Ciudad Residencia	**Bogotá D.C**	Teléfono | Celular	**3005695387**	
Correo Personal	maxarmandozabarainavendano@gmail.com	Correo Institucional		

2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

	SI	NO
a) Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior:	☐	☒
b) Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) *(antes régimen común)*	☐	☒

c) Actividad económica tributaria para impuestos distritales (de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT)	69101_Actividades jurídicas como consultoría profesional

		SI	NO
d) Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. "*La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad.*"	**¿Contraté más dos (2) o más personas?**	☐	☒

e) Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así:	Registre aquí. **%**

	SI	NO
f) Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE:	☐	☒

3. DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL - SGSS

Tipo	Si	NO	Entidad SSGF
Aportes – Salud	☒	☐	8000887022_EPS Sura
Régimen especial en Salud	☐	☒	En caso de señalar "**SI**", los aportes correspondientes a Salud serán consignados directamente al **FOSYGA**
Aportes - Pensión	☒	☐	8002248088_Porvenir
Aportes – ARL	☒	☐	8600111536_Positiva Compañía de Seguros

APORTES VOLUNTARIOS

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7
PBX: (57+1) 348 7800 Bogotá - Colombia
Línea Gratuita Nacional: 018000 910 110 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co - email ssf@ssf.gov.co

En virtud de Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.21, autorizo a la Superintendencia del Subsidio Familiar deducir de mis honorarios los siguientes conceptos:

Tipo	Si	NO	Número de Cuenta	Entidad Financiera	Valor Deducción (Mensual) $
Aportes en Pensiones Voluntarias	☐	☒	#	Desplegar	$ 0,00
Aportes en cuentas AFC / AVC	☐	☒	#	Desplegar	$ 0,00

(**Anexar** Certificación vigente de la entidad financiera, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

BENEFICIOS TRIBUTARIOS

Tipo	Sí	No	Soportes
Intereses de Vivienda	☐	☒	***Anexar** - Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.* *Para fines del beneficio tributario del 50% o 100% del valor del deducible por concepto de INTERESES SOBRE PRESTAMOS PARA ADQUISICION DE VIVIENDA, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, **solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje**: Elija un elemento. **%***
Medicina Prepagada	☐	☒	***Anexar** - Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.*
Dependientes	☐	☒	*a) Para hijos menores de 18 años, **anexar** copia del registro civil.* *b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, **anexar** copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.* *c) Para Hijos mayores de 23 años y/ o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, **anexar** certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.* *d) Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, **anexar** Certificación anual de Contador Público.*

Relación de Dependientes

Nombre y apellidos (completos)	
ID (CC, TI, etc.)	
Fecha de Nacimiento	
Calidad del Dependiente	

4. FIRMA

Para constancia firmo el día **martes, 1 de junio de 2021**

MAX ZABARAIN

CC / NIT. :1.140.855.683

Original: Grupo de Gestión Financiera– Contabilidad

Carrera 69 No. 25 B – 44 Pisos 3, 4 y 7
PBX: (57+1) 348 7800 Bogotá - Colombia
Línea Gratuita Nacional: 018000 910 110 en Bogotá D.C.: 3487777
www.ssf.gov.co - email ssf@ssf.gov.co