**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA**

**ARTICULOS 330 Y 383 E.T**

Yo, Martha Esperanza Romero Niño identificado con cédula de ciudadanía No 1.032.419.460 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO (X) he contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta, por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos .

De acuerdo con los requisitos y topes establecidos por la DIAN, SI ( ) NO ( x) soy declarante de renta por el año gravable 2020.

Esta información se presenta como respaldo de mis condiciones tributarias para el contrato No 164 del año 2021

Este formato estará sujeto a cambios y modificaciones que la DIAN reglamente sobre la ley 1819 del 29 de diciembre de 2016.

Nota: En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" y el Decreto 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016. CERTIFICO QUE: (Seleccione para cada concepto con una X según corresponda):

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas | | **X** |
| Efectúa aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) *(ANEXAR SOPORTE DE PAGO DE APORTE MENSUAL)* | | **X** |
| A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (*DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS - ANEXAR CERTIFICACIÓN)* | | **X** |
| Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado (o el costo financiero en un contrato de leasing para adquirir vivienda del Empleado) valor pagado año: **2020** (*ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)* | | **X** |
| Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2020** *(ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)* | | **X** |
| Certificó que tengo dependientes, de acuerdo a los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 099 de 2013, de lo cual adjunte, en su momento el Formato y los soportes, que a la fecha no presenta novedad. | | **X** |

Se expide y firma a los (01) días del mes de octubre de 2021.



Firma: _____
Nombre: Martha Esperanza Romero Niño
C.C: 1.032.419.460
Dirección laboral: Av 1 de mayo # 1 - 40
Teléfono laboral: 3636660
Correo electrónico institucional: martha.romero@gobiernobogota.gov.co
Nota: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento.