

Bogotá, D.C., Septiembre 10 de 2018

Señores:

**FONDO DE DESARROLLO LOCAL BARRIOS UNIDOS**

Ciudad

### CERTIFICACIÓN ANUAL

Yo, **HIPOLITOACOSTA FORERO**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **19.274.869** de **Bogotá**, Me permito certificar, **bajo la gravedad de juramento**: (Seleccione cada concepto con una X según corresponda):

| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |    | SI            | NO |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|---------------|----|
| Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior <b>(2017)</b> provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por el contribuyente en dicho periodo fiscal. (Asalariados)                                                                                                                |    |    |               | X  |
| Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior <b>(2017)</b> provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por el contribuyente en dicho periodo fiscal. (Prestación de Servicios) |    |    | X             |    |
| Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior – <b>1400 UVT (\$44.603.000)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |    | X             |    |
| Mis ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superaron tres mil quinientas (3.500) (UVT). <b>(\$111.507.000)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |    | X             |    |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SÍ | NO | VALOR MENSUAL |    |
| Pertenezco al Régimen Simplificado del Impuesto a las ventas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | X  |    | N/A           |    |
| A la fecha del presente efectúo aportes cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (ANEXAR CERTIFICACIÓN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    | X  | N/A           |    |
| A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS - ANEXAR CERTIFICACIÓN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    | X  | N/A           |    |
| 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: 2017 VALOR ANUAL \$ _____ No. Meses ____ (ANEXAR CERTIFICACIÓN)                                                                                                                                                                                                                                                    |    | X  | N/A           |    |
| Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: 2017 VALOR ANUAL \$ _____ No. Meses _____ (ANEXAR CERTIFICACIÓN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    | X  | N/A           |    |

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 en su artículo 18 que adiciona el artículo 388 del Estatuto Tributario.

**Nombre: Hipólito Acosta Forero**

**Firma**

**C.C. No.19.274.869**

**CORREO ELECTRONICO: hipolitoacostaf@hotmail.com**