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 #	244	De	2021

Contratista (Nombre completo)	DIDÁCTICA Y SISTEMAS SAS			
Identificación (NIT, CC, etc.)	90433013		DV	9
Dirección	KILÓMETRO 4 VÍA ZIPAQUIRÁ-CAJICA. BOSQUE RESIDENCIAL CASA 108.			
Ciudad Residencia	Cajicá	Teléfono | Celular	3167610643	
Correo Personal	cesarfranco@didacsis.com	Correo Institucional	info@didacsis.com	

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)	6201_Actividades de desarrollo de sistemas informáticos (planificación, análisis, diseño, programación, pruebas)

		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:	**0 %**

	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	☐	☒	Elija un elemento.
Régimen especial en Salud	☐	☒	En caso de señalar "**SI**", los aportes correspondientes a Salud serán consignados directamente al **FOSYGA**
Aportes - Pensión	☐	☒	Elija un elemento.
Aportes – ARL	☐	☒	Elija un elemento.

APORTES VOLUNTARIOS

En virtud de Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.21, autorizo al Ministerio de Educación Nacional a 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

Tipo	Si	NO	Número de Cuenta	Entidad Financiera	Valor Deducción (Mensual) $
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
			***Anexar** - Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.*
Intereses de Vivienda	☐	☒	*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 **miércoles, 20 de octubre de 2021**



CC / NIT. : C.C: 19.117.172 NIT 900.433.013-9

Original: Grupo de Gestión Financiera– Contabilidad