Ciudad y Fecha: Bogotá D.C., 20 de Abril de 2022

Señores
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA
Atn. Oficina de Contabilidad
Bogota D.C.

Referencia: Declaración bajo la gravedad de juramento para determinación base retención en la fuente, en aplicación de los artículos 383, 387 y 388 del Estatuto Tributario Nacional,

PRESTACION DE SERVICIOS 173 de 2022

No.Cto año suscripción contrato

Yo, Diego Enrique Bueno Triviño identificado (a)

con la **C.C.** X **C.E** **No.** 1.013.634.735 expedida en Bogotá ,

y

1) SI x NO Soy residente colombiano

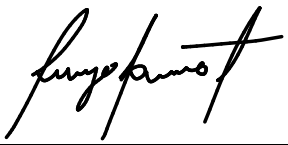
2) SI NO x Soy pensionado

3) **no** (por favor escriba SI ó NO) he contratado o vinculado **no** (por favor escriba SI ó NO) contrataré o vincularé por el año gravable 2022, a dos (2) o más trabajadores para cumplir con el objeto contractual. (Parágrafo 2° Art.383 E.T.)

4) Que los aportes de seguridad social, cuyas copias de planilla de pago se anexarán a cada factura o cuenta de cobro, corresponden a los ingresos provenientes del contrato celebrado con el FDLPA

Me comprometo a actualizar la información consignada en este formato cuando producto de mis actividades esta se modifique.

La presente manifestación se expide de acuerdo a lo previsto en el articulo 7° del Decreto 019 de 2012 (prohibición de declaraciones extrajuicio).



FIRMA

DIRECCION: Carrera 42 #1c-16

TELEFONO: 3112634569

Ciudad y Fecha: Bogotá D.C., 20 de Abril de 2022

Señores
FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE PUENTE ARANDA
Atn. Oficina de Contabilidad
Bogotá D.C.

Referencia: Certificación depuración base de retención en la fuente por pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo.
(Artículo 387 del Estatuto Tributario Nacional y artículo 7 del Decreto 4713 de 2005).

De conformidad a las normas citadas en la referencia, me permito presentar la siguiente información a fin de que sea tenida en cuenta para efectos de la depuración de la base de retención en la fuente por los servicios prestados en contrato 173 de 2022

1. Durante el año 2020 realicé pago de intereses por préstamos para adquisición de vivienda (incluido Leasing habitacional) SI [ ] NO [X]

2. En caso de responder afirmativamente la pregunta 1, por favor adjuntar la certificación bancaria y completar la siguiente información:

Entidad	Valor pagado	Período	Soporte que se adjunta
Total	-		

3. Durante el año 2020 realicé pagos por salud (medicina prepagada - seguros de salud) SI [ ] NO [X]

4. En caso de responder afirmativamente la pregunta 3, por favor anexar certificacion de la entidad y completar la siguiente información:

Entidad	Valor pagado	Período	Soporte que se adjunta
Total	-		

5. Realizo aportes a un fondo de pensiones <u>voluntarias</u> con los pagos que me efectuará el FDLPA SI [ ] NO [X]

6. En caso de responder afirmativamente la pregunta 5, por favor presentar solicitud escrita,anexar certificación bancaria y completar la siguiente información:

Entidad	Valor aporte	Periodicidad

7. Realizo aportes a una cuenta AFC con los pagos que me efectuará el FDLPA SI [ ] NO [X]

8. En caso de responder afirmativamente la pregunta 7, por favor presentar solicitud escrita,anexar certificación bancaria y completar la siguiente información:

Entidad Bancaria y No.cuenta	Valor aporte	Periodicidad

Nota: Los aportes voluntarios a los fondos de pensiones voluntarias y obligatorias, no harán aprte de la base para aplicar la retención en la fuente, hasta una suma que adicionada al valor de los aportes a las cuentas AFC, no exceda del 25% del ingreso laboral o ingreso tributario del año y hasta un monto máximo de 2.500 UVT**.(Requiere anexar certificación bancaria)**

9. Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes (*)

9.1. Hijos menores de 18 años SI [ ] NO [X]
(Requiere adjuntar registro civil)

9.2. Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación SI [ ] NO [X]
(Requiere anexar certificación semestral de pago matricula expedida por la respectiva entidad educativa.)

9.3. Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad SI [ ] NO [X]
(Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad)

9.4. Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT **($9.440.080 año 2021)** o por discapacidad SI [ ] NO [X]
(Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos)

9.5. Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT **($9.440.080 año 2021)** o por discapacidad SI [ ] NO [X]
(Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos)

10. En caso de haber contestado de manera afirmativa alguna de las opciones del punto 9 por favor completar la siguiente información:

Tipo de Dependiente	Nombre completo del dependiente	Identificación del Dependiente	Soporte que se adjunta

(*) Certificado que se entiende prestado bajo la gravedad de juramento.

FIRMA

NOMBRE COMPLETO Diego Enrique Bueno Triviño
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 1.013.634.735

NOTA: La información tributaria determinada con base en la información suminsitrada, surtirá efecto a partir del primer pago o abono en cuenta posterior a la fecha de entrega