ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. MOVILIDAD Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial	**CERTIFICADO PARA LA APLICACIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE**	
	CÓDIGO: GEFI-FM-001	**VERSIÓN: 7**
	FECHA DE APLICACIÓN: AGOSTO DE 2021	

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha de la Certificación:		*2022*	*6*	*30*	**Documento de Identificación:**	1.030.534.528				
Nombre Completo:	**DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA**				**Número de contacto:**	3118571915				
Correo electrónico:	dianaalexandrajimenez@gmail.com				**Está obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior.**	**SI**	X	**NO**		
¿Es usted responsable del impuesto a las ventas (IVA)?	**SI**		**NO**	X	**¿Pertenece al Régimen Simple de Tributación (RST) DIAN?**	**SI**		**NO**	X	

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, Diana Alexandra Jimenez Ariza identificado(a) con documento de identidad número 1.030.534.528, expedida en Bogota, me permito certificar que:
En mi calidad de contratista de la Unidad Administrativa Especial de Rehabilitación y Mantenimiento Vial, en cumplimiento de lo establecido en el Estatuto Tributario y la Ley 2010 de 2019**,** declaro bajo la gravedad del juramento que para el desarrollo de mi actividad (NO) he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad (Parágrafo 2 Artículo 383 Estatuto Tributario). Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente en los términos del Artículo 383 del Estatuto tributario a las personas naturales cuyos pagos o abonos en cuenta no provengan de una relación laboral, legal o reglamentaria, se deberá tener en cuenta la totalidad de los pagos o abonos en cuenta efectuados en el respectivo mes. (Parágrafo del Artículo 388 del Estatuto Tributario).

Para efectos de la aplicación de la retención en la fuente, por favor diligencie las siguiente preguntas:		**SI**	**NO**
CÉDULA GENERAL	Durante el año o el período (MES) he recibido ingresos provenientes de **Rentas de trabajo, de capital y no laborales** en una o varias instituciones, que generaron ingresos o honorarios a mi favor.	X	
RENTA DE PENSIONES	En el año o el período (MES) he recibido **Ingresos por pensiones** por jubilación, vejez, sobrevivientes, invalidez o indemnización sustitutiva de pensión.		X
RENTA DE DIVIDENDOS O PARTICIPACIONES	Manifiesto que en el año o el período (MES) he recibido ingresos por **Dividendos y participaciones**.		X

DEPENDIENTES

De manera libre y espontánea relaciono las personas que se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica, como: Hijos HASTA 23 años, o más, si presentan discapacidad física o psicológica certificada por Medicina Legal. El cónyuge o compañero(a) permanente, padres o hermanos en situación de dependencia económica o ausencia de ingresos o porque éstos son inferiores a 260 UVT anuales. La reducción mensual será máximo hasta 32 UVT.

No DE DOCUMENTO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE COMPLETO	SOPORTE ADJUNTO
1011237551	HIJA	29/03/2015	DIANA ISABELLA HERNANDEZ JIMENEZ	REGISTRO CIVIL
1021402366	HIJO	24/07/2020	JULIAN ANDRES HERNANDEZ JIMENEZ	REGISTRO CIVIL

PRÉSTAMOS HIPOTECARIOS - CRÉDITOS DE VIVIENDA - (Sólo los intereses son DEDUCIBLES)

Anexo **Certificación de la vigencia anterior** de la entidad financiera _____ por crédito hipotecario. Declaro de manera libre y espontánea, bajo la gravedad de juramento que actualmente **resido** en el inmueble objeto del crédito. **Nota:** Cuando el crédito ha sido otorgado a varias personas, se aplicará la deducción de manera proporcional a cada una de ellas. La deducción puede ser solicitada en su totalidad en cabeza de una sola de ellas, siempre y cuando se manifieste bajo gravedad de juramento que la otra persona no la ha solicitado, Artículo 1.2.4.1.6 Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016).

OTROS CONCEPTOS PARA DISMINUIR LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE (Seleccione el que aporta certificación)			
Ahorro y Fomento a la Construcción (AFC) (del mes a cobrar):		Certificación Anual Medicina Prepagada (de la vigencia anterior):	
Pensiones Voluntarias (del mes a cobrar) :		Certificación Anual Plan Complementario salud (de la vigencia anterior):	

NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIT	MONTO TOTAL	PAGOS MENSUALES	PERIODO

ANEXOS

Planilla de pago seguridad social integral, IBC Contrato con la UMV del Mes de mayo de 2022. (Decreto 1273 de 2018).	x	Soportes por independientes legalmente deducibles.	
Certificación expedida por la entidad financiera de intereses o corrección monetaria por préstamos de vivienda (Artículo 5 y 7 Decreto 4713 de 2005) y/o el costo financiero en un contrato de Leasing para adquirir vivienda.		Certificación expedida por la entidad financiera y Consignación Mensual de cuentas de ahorro AFC (*Fomento a la construcción*) efectuada directamente por el contratista y/o pensiones voluntarias.	
Certificación Anual (_____)* de la entidad prestadora de Medicina Prepagada del contratista, el cónyuge o compañero (a) permanente y hasta 2 hijos. *El año corresponde a la vigencia anterior a la cual se presenta la certificación.		Otros	

Bajo gravedad de juramento: Manifiesto que asumo todas las responsabilidades sobre la veracidad de la presente certificación y de los soportes que anexo; así mismo, me comprometo a informar oportunamente a la UAERMV sobre cualquier novedad que modifique mi condición arriba señalada o cambio en los soportes presentados y autorizo que por cualquier medio se verifiquen los datos aquí contenidos.

(Firma)

NOMBRE DEL CONTRATISTA: DIANA ALEXANDRA JIMENEZ ARIZA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.030.534.528