Ley 1819 de 2016 *"Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones"*

CERTIFICACIÓN

Señores: *Ministerio de Educación Nacional*

En cumplimiento de la ley 1819 de 2016 y 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 #** 765077 **De** 2019

Contratista (Nombre completo)	**JUAN GABRIEL PARRA AGUDELO**		
Identificación (NIT, CC, etc.)	**80769796**	**DV**	

2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

a)	Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior:	**NO**
b)	Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) (Sí o No)	**NO**
c)	Actividad económica tributaria para impuestos distritales (de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT) **69102_Actividades jurídicas en el ejercicio de una profesión liberal**	
d)	Ley 1819 de 2016, artículo 17° 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 de dos personas? **NO**
e)	Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así	Registre aquí. **%**

3. DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

Los aportes obligatorios y voluntarios establecidos por las normas vigentes que presento mensualmente son:

Aportes en Seguridad Social

Tipo	Si / No	Entidad SSGF
Aportes – Salud	**SI**	8600669427_Compensar Entidad Promotora de Salud
Aportes - Pensión	**SI**	9003360047_Colpensiones Administradora Colombiana de Pensiones
Aportes – ARL	**SI**	8600111536_Positiva Compañía de Seguros
Aportes – Caja de Compensación	**SI**	Elija un elemento.

Soportes

Mensualmente presento la copia del pago de la planilla por el pago obligatorio al Sistema de Seguridad Social, en cumplimiento del decreto 1273 de 2018; y mis aportes son derivados del ingreso facturado o cobrado mediante la presentación del documento equivalente y en ejecución del contrato referido en la 1a sección de la presente certificación

Beneficios Tributarios

Tipo	Si / No	Soportes
Intereses de Vivienda	**NO**	*Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.* *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 8°, solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje: Elija un elemento. %*
Medicina Prepagada	**NO**	*Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.*
Aportes en cuentas AFC	**NO**	*Aportes Voluntarios - AFC: mensualmente anexo copia de la consignación o transferencia electrónica.*
Aportes en Pensiones Voluntarias	**NO**	*Aportes Voluntarios - Pensiones: mensualmente anexo copia de la consignación o transferencia electrónica.*

Ley 1819 de 2016 *"Por medio de la cual se adopta una reforma tributaria estructural, se fortalecen los mecanismos para la lucha contra la evasión y la elusión fiscal, y se dictan otras disposiciones"*

CERTIFICACIÓN

Tipo	Si / No	Soportes
Dependientes	**NO**	*a) Para hijos menores de 18 años, anexa 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	*Seleccione la fecha*
Calidad del Dependiente	

4. Firma e información de Contacto

Firma

CC / NIT. : 80769796 Bta.

Dirección	**CRA 70 : 22-75 MZ C INTERIR 12 APTO 102**
Teléfono | Celular	**3133506496**
Correo Personal	**agudelo1984@hotmail.com**
Correo Institucional	**agudelo1984@hotmail.com**

Original: Subdirección de Gestión Financiera – Central de Cuentas
Copia: Subdirección de Contratación – Carpeta del contrato