**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA**

**ARTICULOS 330 Y 383 E.T**

Yo, **YOLANDA CALDERÓN**, identificada con cédula de ciudadanía No **28.946.846** expedida en la ciudad de **Cajamarca Tolima**, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO (**X**) he contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta, por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos.

De acuerdo con los requisitos y topes establecidos por la DIAN, SI ( ) NO (.**X**.) soy declarante de renta por el año gravable 2018

Esta información se presenta como respaldo de mis condiciones tributarias para el contrato No 171 del año 2019.

Este formato estará sujeto a cambios y modificaciones que la DIAN reglamente sobre la ley 1819 del 29 de diciembre de 2016.

Nota: En cumplimiento del Decreto No. 1070 del 28 de Mayo de 2013, Artículo 2 "Depuración de la base del cálculo de la retención en la fuente" y el Decreto 099 de enero 25 de 2013, mediante el cual se reglamentó lo ordenado en el art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016. CERTIFICO QUE: (Seleccione para cada concepto con una X según corresponda):

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas | | **X** |
| Efectúa aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) *(ANEXAR SOPORTE DE PAGO DE APORTE MENSUAL)* | | **X** |
| A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (*DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS - ANEXAR CERTIFICACIÓN)* | | **X** |
| 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: **2018** (*ANEXAR CERTIFICACIÓN)* | | **X** |
| Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2018** *(ANEXAR CERTIFICACIÓN)* | | **X** |
| Certificó que tengo dependientes, de acuerdo a los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del E.T. y lo reglamentado en el parágrafo 3 del artículo 2 del Decreto 099 de 2013, de lo cual adjunte, en su momento el Formato y los soportes, que a la fecha no presenta novedad. | **X** | |

Se expide y firma a primer (01) día del mes de octubre de 2019.

Firma: _____
Nombre: **YOLANDA CALDERÓN**
C.C: 28.946.846 de Cajamarca
Dirección laboral: Calle 31 C Sur No. 3-67 Este
Teléfono laboral: 6477656 ext.3011
Correo electrónico institucional: Yolanda.calderon@gobiernobogota.gov.co
Nota: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento.