BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

# CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 106 de 2023

Yo YURI CAROLINA CALDERÓN RODRIGUEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1014211255 expedida en la ciudad de BOGOTÁ.

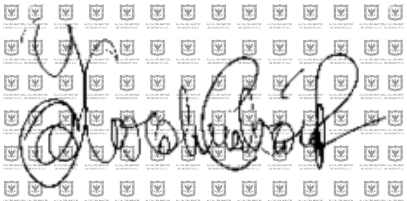
| INFORMACION PERSONAL | SI | NO |
|---|---|---|
| Soy Pensionado | | X |
| Soy Declarante de Renta año 2022 | X | |
| Debo presentar Declaración de Ingresos de vigencia anterior por contratos superiores a 3500 UVT | | X |
| Ha contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta | | X |
| Declaro que el 80% de mis ingresos provienen de la prestación de servicios de manera personal o de la realización de la actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante | X | |

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 con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

| DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA | SI | NO |
|---|---|---|
| Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas (Anexar Rut y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica). | | X |
| Efectúo 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 soporte de pago de aporte mensual) | | X |
| Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado valor pagado año: 2022 (Anexar certificación en la primera cuenta) | | X |
| Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: 2022 (Anexar certificación en la primera cuenta) | | X |
| Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con 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, base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT ( Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes) | X | |

Se expide y firma a 2 del mes enero de 2024



**YURI CAROLINA CALDERÓN RODRIGUEZ**
**C.C. 1014211255**
**Celular: 3125650713**
**Dirección: AV. DORADO # 73 -64**
**Correo electrónico: yuri.calderon@gobiernobogota.gov.co**

**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA**

Declaración Juramentada

*Jeniffer Rodriguez Sánchez*
*Contadora Pública*
*TP. No 174236-T*

**CERTIFICA:**

En relación con las condiciones establecidas en el artículo 1.2.4.1.18 del Decreto Único Tributario 1625 de 2016, modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017 y Parágrafo 2° del artículo 387 del ET; el cual, indica: "Definición de dependientes". Hago constar que la señora MARIA ANGÉLICA RODRIGUEZ VANEGAS, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.654.141 expedida en Villeta – Cundinamarca, es madre de la señora CAROLINA CALDERON RODRIGUEZ, identificada con CC No 1.014.211.255 expedida en Bogotá, por lo cual se cumplen los criterios para que pueda figurar como dependiente económico de la Señora CAROLINA CALDERON RODRIGUEZ.

Para constancia se firma la presente certificación a los veintisiete (20) días del mes de agosto de 2023.

Cordialmente,

JENIFFER RODRIGUEZ SANCHEZ
Contadora Pública
TP No 174236-T
C.C. No 53.088.224

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

042082729426540

**LA REPUBLICA DE COLOMBIA**

**MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO**

**UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL**

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

**CERTIFICA A:**
QUIEN INTERESE

Que el contador público **JENIFFER RODRIGUEZ SANCHEZ** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 53088224 de BOGOTA, D.C. (BOGOTA D.C) Y Tarjeta Profesional No 174236-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** **********
**********
**********

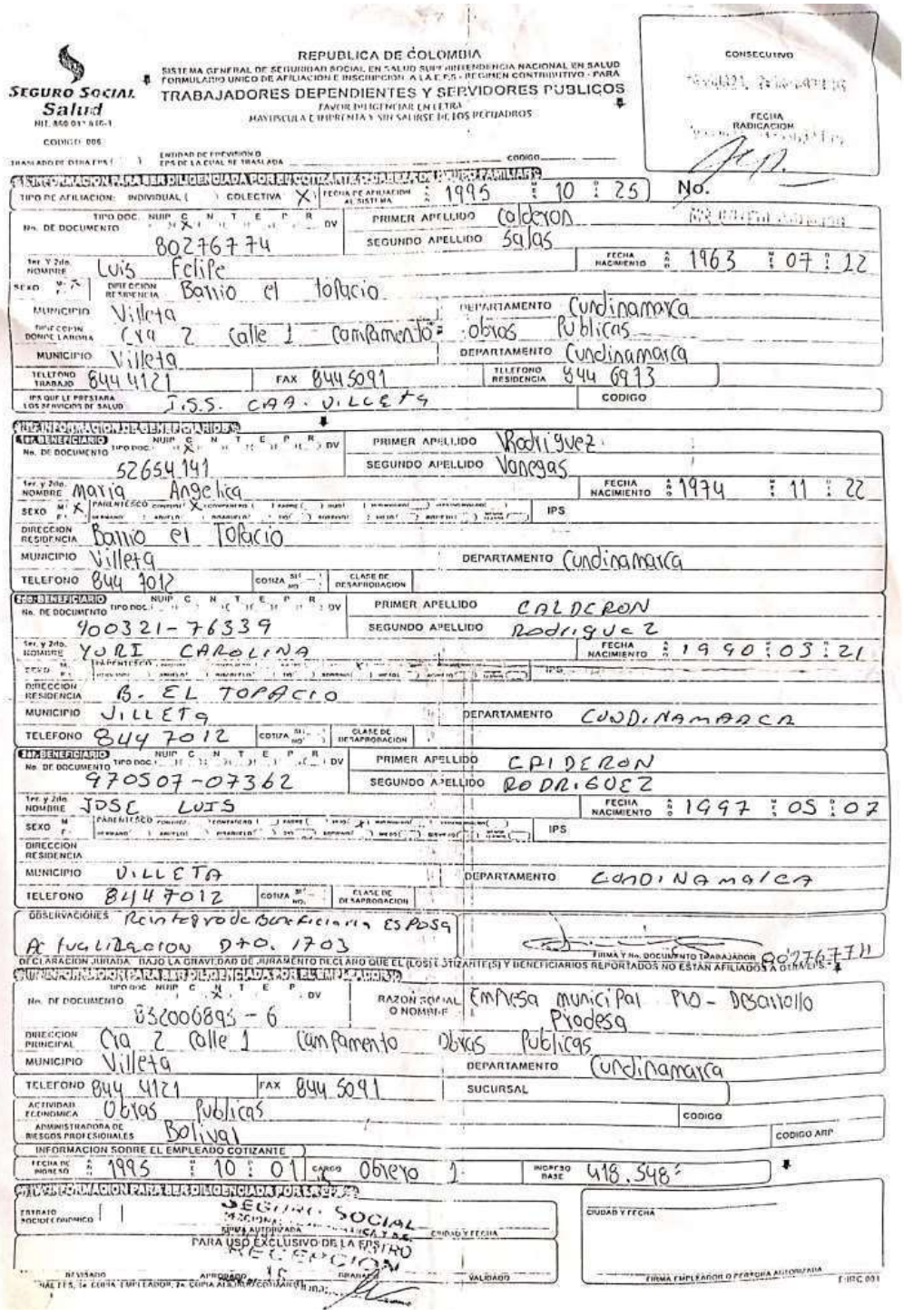
Dado en BOGOTA a los 10 días del mes de Agosto de 2023 con vigencia de (3) Meses, contados apartir de la fecha de su expedición.

**DIRECTOR GENERAL (E)**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

Declaración Juramentada



REPUBLICA DE COLOMBIA

SEGURO SOCIAL Salud

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION E INSCRIPCION A LA E.P.S. - REGIMEN CONTRIBUTIVO - PARA TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PUBLICOS

FAVOR DILIGENCIAR EN LETRA MAYUSCULA E IMPRENTA Y SIN SALIRSE DE LOS RECUADROS

CONSECUTIVO

FECHA RADICACION

1 INFORMACION A SER DILIGENCIADA POR EL COTIZANTE O BENEFICIARIO

TIPO DE AFILIACION: INDIVIDUAL ( ) COLECTIVA (X) | FECHA DE AFILIACION AL SISTEMA: 1995 : 10 : 25 | No.

No. DE DOCUMENTO: 80276774 | PRIMER APELLIDO: Calderon | SEGUNDO APELLIDO: Salas

1er. y 2do. NOMBRE: Luis Felipe | FECHA NACIMIENTO: 1963 : 07 : 12

SEXO: M (X) F ( ) | DIRECCION RESIDENCIA: Barrio el Tobacio

MUNICIPIO: Villeta | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

DIRECCION DONDE LABORA: Cra 2 Calle 1 Campamento Obras Publicas

MUNICIPIO: Villeta | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

TELEFONO TRABAJO: 844 4121 | FAX: 844 5091 | TELEFONO RESIDENCIA: 844 6993

IPS QUE LE PRESTARA LOS SERVICIOS DE SALUD: I.S.S. CAA. VILLETA | CODIGO

2 INFORMACION DE BENEFICIARIOS

1A BENEFICIARIO

No. DE DOCUMENTO: 52654141 | PRIMER APELLIDO: Rodriguez | SEGUNDO APELLIDO: Vanegas

1er. y 2do. NOMBRE: Maria Angelica | FECHA NACIMIENTO: 1974 : 11 : 22

SEXO: M ( ) F (X) | PARENTESCO: CONYUGE | IPS

DIRECCION RESIDENCIA: Barrio el Tobacio

MUNICIPIO: Villeta | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

TELEFONO: 844 7012 | COTIZA SI/NO: | CLASE DE DESAFILIACION:

2DO BENEFICIARIO

No. DE DOCUMENTO: 900321-76339 | PRIMER APELLIDO: CALDERON | SEGUNDO APELLIDO: Rodriguez

1er. y 2do. NOMBRE: YURI CAROLINA | FECHA NACIMIENTO: 1990 : 05 : 21

SEXO: M ( ) F (X) | IPS

DIRECCION RESIDENCIA: B. EL TOBACIO

MUNICIPIO: VILLETA | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

TELEFONO: 844 7012 | COTIZA SI/NO: | CLASE DE DESAFILIACION:

3RA BENEFICIARIO

No. DE DOCUMENTO: 970507-07362 | PRIMER APELLIDO: CALDERON | SEGUNDO APELLIDO: RODRIGUEZ

1er. y 2do. NOMBRE: JOSE LUIS | FECHA NACIMIENTO: 1997 : 05 : 07

SEXO: M (X) F ( ) | PARENTESCO: HIJO | IPS

DIRECCION RESIDENCIA:

MUNICIPIO: VILLETA | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

TELEFONO: 844 7012 | COTIZA SI/NO: | CLASE DE DESAFILIACION:

OBSERVACIONES: Reintegro de Beneficiaria ESPOSA

A fucilitacion D40. 1703

FIRMA Y No. DOCUMENTO TRABAJADOR 80'276.771

DECLARACION JURADA: BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE EL (LOS) COTIZANTE(S) Y BENEFICIARIOS REPORTADOS NO ESTAN AFILIADOS A OTRAS E.P.S.

3 INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR EL EMPLEADOR

TIPO DOC: NIT (X) C ( ) E ( ) P ( ) R ( ) DV

No. DE DOCUMENTO: 832000895 - 6 | RAZON SOCIAL O NOMBRE: Empresa municipal Pro - Desarrollo Prodesa

DIRECCION PRINCIPAL: Cra 2 Calle 1 Campamento Obras Publicas

MUNICIPIO: Villeta | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

TELEFONO: 844 4121 | FAX: 844 5091 | SUCURSAL

ACTIVIDAD ECONOMICA: Obras Publicas | CODIGO

ADMINISTRADORA DE RIESGOS PROFESIONALES: Bolival | CODIGO ARP

INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

FECHA DE INGRESO: 1995 : 10 : 01 | CARGO: Obrero 1 | INGRESO BASE: 418.548

4 INFORMACION PARA SER DILIGENCIADA POR LA E.P.S.

ESTRATO SOCIOECONOMICO: | SEGURO SOCIAL SALUD S.A. | CIUDAD Y FECHA

ENTIDAD AUTORIZADA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA EPS ESTADO RECEPCION

REVISADO | APROBADO | GRABADO | VALIDADO

CIUDAD Y FECHA

FIRMA EMPLEADOR O PERSONA AUTORIZADA

# CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

| | | |
|---|---|---|
| BOGOTÁ SECRETARÍA DE GOBIERNO | **SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES** | Código: GCO-GCI-F137<br>Versión: 03<br>Vigencia: 07 de febrero de 2022<br>Caso HOLA: 225687 |

**Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 202 de 15/02/2023, que suscribí con la SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO, teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con lo normado por el (Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3).**

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

| FECHA DE SOLICITUD | DÍA | 2 | MES | enero | AÑO | 2024 |
|---|---|---|---|---|---|---|

**INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA**

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | CÉDULA N° | UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| Yuri Carolina Calderón Rodriguez | 1014211255 | Alcaldía Local de Tunjuelito | 555 48 48 |

**RECUERDE: La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.**

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

| NOBRES Y APELLIDOS | PARENTESCO | EDAD | INGRESOS DEL DEPENDIENTE |
|---|---|---|---|
| María Angélica Rodríguez | Madre | 49 | No aplica |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Marque con una X la (s) solicitud (es) que desea realizar.

| | |
|---|---|
| x | Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted. |
| **Requisito:** | Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito. |
| | Los hijos con edad entre 18 y 23 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente |
| **Requisito:** | Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información: |
| * | Nombre del estudiante |
| * | Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria |
| | Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos |
| **Requisito:** | |
| * | Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito. |
| * | Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal |
| | El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos o ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o |
| **Requisito:** | |
| * | Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito. |
| * | Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito |
| * | Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos o ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes |
| * | Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos |
| | por el Instituto Nacional de Medicina Legal. |
| **Requisito:** | |
| * | Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador |
| * | Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco |
| * | Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT |
| * | Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos |

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE.

**FIRMA DEL CONTRATISTA**

**GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES**

Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:

**FECHA DE SOLICITUD:** Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente

**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud

**CÉDULA:** Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud

**UBICACIÓN LABORAL -SITIO DE TRABAJO:** Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora

**TELÉFONO:**_ Registre el número de teléfono y extensión del área ó dependencia donde labora

**NOMBRE:** Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.

**PARENTESCO:** Registre el parenteseo del familiar que declara como dependiente suyo

**EDAD:** Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo

**INGRESOS DEL DEPENDIENTE:** Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.

**REQUISITO:** De acuerdo con los documentos requisito en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente

**FIRMA DEL CONTRATISTA**: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud