

Bogotá, D.C., febrero 12 de 2018

Señores:

FONDO DE DESARROLLO LOCAL BARRIOS UNIDOS

Ciudad

CERTIFICACIÓN ANUAL

Yo, **LINA MARIA ORTIZ CORTAZAR**, identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 1032376529 de **Bogotá**. Me permito certificar, **bajo la gravedad de juramento**: (Seleccione cada concepto con una X según corresponda):

CONCEPTO	SI	NO	
Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior (2017) provienen de la prestación de servicios de manera personal o del desarrollo de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por el contribuyente en dicho periodo fiscal. (Asalariados)		X	
Mis ingresos en el año gravable inmediatamente anterior (2017) provienen de la prestación de servicios personales mediante el ejercicio de profesiones liberales o de la prestación de servicios técnicos que no requieran la utilización de materiales o insumos especializados, o de maquinaria o equipo especializado, en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%) del total de los ingresos percibidos por el contribuyente en dicho periodo fiscal. (Prestación de Servicios)	X		
Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior 1400 UVT (\$44.603.000)			
Mis ingresos totales en el año gravable inmediatamente anterior superaron tres mil quinientas (3.500) (UVT). (\$111.507.000)			
CONCEPTO	SÍ	NO	VALOR MENSUAL
Pertenezco al Régimen Simplificado del Impuesto a las ventas	X		N/A
A la fecha del presente efectúo aportes cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) (ANEXAR CERTIFICACIÓN)		X	N/A
A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS - ANEXAR CERTIFICACIÓN)		X	N/A
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: 2017 VALOR ANUAL \$ _____ No. Meses ____ (ANEXAR CERTIFICACIÓN)		X	N/A
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: 2017 VALOR ANUAL \$ _____ No. Meses _____ (ANEXAR CERTIFICACIÓN)		X	N/A

De acuerdo con la Ley 1819 de 2016 en su artículo 18 que adiciona el artículo 388 del Estatuto Tributario.

Nombre: LINA MARIA ORTIZ CORTAZAR

Firma

C.C. No.1032376529

CORREO ELECTRONICO: lins0382@gmail.com