	UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR	**VERSIÓN:** 1
	PROCESO: Gestión financiera	**CÓDIGO:** GFI - FR - 12
FORMATO: Certificado tributario (Contratistas)		**VIGENTE DESDE:** 13/02/2024

Señores: Unidad Administrativa Especial de Alimentación Escolar – Alimentos para Aprender

En cumplimiento del Decreto 1625 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria 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 #**	**UAPA-OPS-038**	**De**	**2024**

Contratista (Nombre completo)	**Martha Patricia Vargas Moreno**		
Identificación (NIT, CC, etc.)	**51.980.182**	**DV**	
Dirección	**Calle 45 sur # 72b-17 torre 8-202**		
Ciudad Residencia	**Bogotá D.C**	Teléfono | Celular	**3228135129**
Correo Personal	**vargitasmartha@gmail.com**	Correo Institucional	**mvargas@uapa-pae.gov.co**

2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

	SI	**NO**
a) Estoy obligado(a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior:	☒	☐
b) Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) *(antes régimen común)*	☒	☐

c) Actividad económica tributaria para impuestos distritales (de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT)	74102_Actividades especializadas de diseño en el ejercicio de una profesión liberal
d) Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así: El incremento en la tarifa de retención en la fuente será aplicable a partir del mes siguiente a la presentación de la solicitud	Registre aquí. **%**

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

Aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSS

Tipo	Si	NO	Entidad SSGF
Aportes – Salud	☒	☐	8002514406_E.P.S Sanitas
Régimen especial en Salud	☐	☒	En caso de señalar "**SI**", los aportes correspondientes a Salud serán consignados directamente al **FOSYGA**
Aportes - Pensión	☒	☐	8002297390_Protección
Aportes – ARL	☒	☐	8600111536_Positiva Compañía de Seguros

Aportes voluntarios

En virtud de Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.21, autorizo a la Unidad de Alimentación Escolar a deducir de mis honorarios los siguientes conceptos:

Tipo	Si	NO	Número de Cuenta	Entidad Financiera	Valor Deducción (Mensual) $
Aportes en Pensiones Voluntarias	☐	☒	#	Desplegar	$ 0,00

Tipo	Si	NO	Número de Cuenta	Entidad Financiera	Valor Deducción (Mensual) $
Aportes en cuentas AFC / AVC	☐	☒	#	Desplegar	$ 0,00

(**Anexar** Certificación vigente de la entidad financiera, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

Beneficios tributarios (Ley 2277/2022)

Tipo	Sí	No	Soportes
Intereses de vivienda	☐	☒	***Anexar*** *- 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 8º,* ***solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje****:* Elija un elemento. **%**
Medicina prepagada	☐	☒	***Anexar*** *- Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.*
Dependientes	☐	☒	*a) Para hijos hasta los dieciocho 18 años,* ***anexar*** *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) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal,* ***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, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal*

Relación de dependientes

Nombre y apellidos (completos)	
ID (CC, TI, etc.)	
Fecha de Nacimiento	
Calidad del Dependiente	

4. FIRMA

DECLARO bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento.

Para constancia firmo el día Seleccione la Fecha.

CC / NIT. : 51
980
182

Original: Gestión Financiera – Central Cuentas