Ciudad y Fecha: Bogotá, 29 de agosto 2024

Señores
FONDO DE DESARROLLO LOCAL PUENTE ARANDA
Atn. Oficina de Contabilidad

Referencia: Certificado de Información Tributaria para Depuración de la Base del cálculo Retención en La Fuente, Art. 383, 387, 388 Estatuto Tributario (Art. 1.2.4.1.6. y siguientes del Decreto 1625 De 2016), por rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria. (ley 2277 de 2022 y Decreto 2231 de 2023).

De conformidad con las normas citadas en la referencia, y con el fin de suministrar la información necesaria para el cálculo de mi base de retención en la fuente aplicable por los ingresos obtenidos en ejecución del contrato de prestación de servicios **121** de **2024**, **bajo la gravedad de juramento certifico que:**

1. **Durante el año 2023 realicé pago de intereses por préstamos para adquisición de vivienda (incluido Leasing habitacional)** SI [ ] NO [X]

2. En caso de responder afirmativamente la pregunta 1, por favor adjuntar la certificación bancaria y completar la siguiente información:

Entidad	Valor pagado	Período	Soporte que se adjunta
Total	-		

- Terceras personas con las que adquirí el inmueble hacen uso del beneficio tributario SI [ ] NO [X]
- Mi conyugue hace USO del beneficio tributario SI [X] NO [ ]

Por lo anterior, Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8). A mi favor 100 % **(% de 1 a 100)**

Bajo la gravedad de juramento declaro qe el inmueble por el cual estoy pasando la disminución cumple con los requisitos establecidos en la ley para acceder a este beneficio

3. **Durante el año 2023 realicé pagos por salud (medicina prepagada - seguros de salud)** SI [ ] NO [X]

4. En caso de responder afirmativamente la pregunta 3, por favor anexar certificación de la entidad y completar la siguiente información:

Entidad	Valor pagado	Período	Soporte que se adjunta
Total	-		

5. **Realizo aportes a un fondo de pensiones <u>voluntarias</u> con los pagos que me efectuará el FDLPA** SI [ ] NO [X]

6. En caso de responder afirmativamente la pregunta 5, por favor presentar solicitud escrita, anexar certificación bancaria y completar la siguiente información:

Entidad	Valor aporte	Periodicidad

7. **Realizo aportes a una cuenta AFC con los pagos que me efectuará el FDLPA** SI [ ] NO [X]

8. En caso de responder afirmativamente la pregunta 7, por favor presentar solicitud escrita, anexar certificación bancaria y completar la siguiente información:

Entidad Bancaria y No. cuenta	Valor aporte	Periodicidad

9. **Certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes**

9.1. Hijos menores de 18 años SI [X] NO [ ]
(Requiere adjuntar registro civil)

9.2. Hijos entre los 18 y 23 años a quienes se les esté dando educación SI [ ] NO [X]
(Requiere anexar certificación semestral de pago matricula expedida por la respectiva entidad educativa.)

9.3. Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad SI [X] NO [ ]
(Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad)

9.4. Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT, o por discapacidad SI [ ] NO [X]
(Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos)

9.5. Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT**,** o por discapacidad SI [ ] NO [X]
(Requiere adjuntar certificado de Medicina Legal o de EPS sobre situación de discapacidad o certificado de contador público si es dependiente por ingresos)

10. **En caso de haber contestado de manera afirmativa alguna de las opciones del punto 9 por favor completar la siguiente información:**

Tipo de Dependiente	Nombre completo del dependiente	Identificación del Dependiente	Soporte que se adjunta
HIJO 1	EMMANUELA POVEDA CHAVARRO	1011247902	REGISTRO CIVIL (CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD)
HIJO 2	BENJAMIN POVEDA CHAVARRO	1014747595	REGISTRO CIVIL

11. **Soy Pensionado (a)** SI [ ] NO [X]
(Requiere adjuntar certificación de pensión)

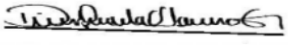
12. **Soy declarante de renta** SI [X] NO [ ]

13. **Soy responsable de Iva** SI [ ] NO [X]

14 **De conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6. y con el parágrafo 4 artículo 1.2.4.1.17. del Decreto 1625 de 2016 se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas percibidas con el FDL. Puente Aranda** SI [ ] NO [X]

15. **Solicito realizar una retención en la fuente adicional a la calculada, por valor de $** _____ (opcional)

16. Me comprometo a informar cualquier novedad relacionada con lo aquí manifestado, presentando nuevamente el certificado, junto con los soportes a que haya lugar.



FIRMA:
NOMBRE COMPLETO: DIANA PAOLA CHAVARRO GUTIERREZ
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: 52,863,053

NOTA: La información tributaria determinada con base en lo aquí certificado, surtirá efecto a partir del primer pago o abono en cuenta posterior a la fecha de entrega.

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1011247902

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 57512583

57512583

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [5 0] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [A 1 H]

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
POVEDA	CHAVARRO

Nombre(s)

EMMANUELA

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2017 Mes MAY Día 04	FEMENINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA-CUNDINAMARCA-BOGOTA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	14134974-3

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

CHAVARRO GUTIERREZ DIANA PAOLA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 52863053	COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

POVEDA ORTEGA SERGIO DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 1032368601	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

POVEDA ORTEGA SERGIO DANIEL

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. 1032368601	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)	Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) — Firma

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2017 Mes MAY Día 10	GABRIEL URIBE ROLDAN Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

NOTARIA 50 DE BOGOTA, D.C.
REGISTRO CIVIL

El presente Registro es copia(fotocopia) auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil de Nacimiento Válido para acreditar parentesco

Se expide a solicitud de Sergio Daniel Poveda

Bogotá D C 16 MAY 2017

NOTARIA
Ma. Lucrec
REVISADO

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

1.1 Primer nombre	1.2 Segundo nombre	1.3 Primer apellido	1.4 Segundo apellido
EMMANUELA		POVEDA	CHAVARRO

1.5 Documento de identidad

Certificado de Nacido Vivo		Registro civil	X	Tarjeta de identidad		Cédula de ciudadanía		Cédula de extranjería		Pasaporte		Carnet diplomático		Permiso especial de permanencia	

Número de documento de identidad: 1011247902

b. LUGAR Y FECHA DE LA CERTIFICACIÓN

2.1 IPS donde se realiza la certificación	2.2 Fecha Año	Mes	Día
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E	2021	3	19

2.3 Departamento	2.4 Municipio
BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.

c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD

d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO

					Dominio	Porcentaje
Física	SI	X	NO			
Visual	SI		NO	X		
Auditiva	SI		NO	X		
Intelectual	SI		NO	X		
Psicosocial (Mental)	SI	X	NO			
Sordoceguera	SI		NO	X		
Múltiple	SI	X	NO			

e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO

1. Codigos Funciones Corporales

b449.3 b729.3

2. Codigos Estructuras Corporales

s430.373 s770.320

3. Codigos Actividades y Participación

d137.2 d445.4 d450.4

Powered by CamScanner

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

f. FIRMAS DE LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD

Nombre	Profesión	Firma
MAYEARLY EFIGENIA ALVAREZ SOTO	Enfermería	CC-1032371656
SANDRA MILENA AYALA SUAREZ	Psicología	CC-52846574
HECTOR HERNAN GUTIERREZ GUETE	Medicina	CC-85470206

g. FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

Yo, *EMMANUELA POVEDA CHAVARRO* manifiesto que: *SI*

estoy de acuerdo con el resultado de la certificación que abajo firmo.

Nombre y Firma

CC-52 963 053 BTA

Documento: RC-1011247902

Autorizó el uso de la información consignada en el Registro de Discapacidad para los fines definidos en la normatividad que lo regula. *SI*

El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generale
Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.
Sin las firmas requeridas el certificado de discapacidad no tendra validez

Powered by CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1014747595

Indicativo Serial 61869818

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A 3 F

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 40 BOGOTA DC * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
POVEDA * * * * * * * * * * * * *	CHAVARRO * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)
BENJAMIN *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2022 Mes ENE Día 03	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. * * * * * * * * * * * * * * * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	170707086 * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
CHAVARRO GUTIERREZ DIANA PAOLA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 52863053 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos
POVEDA ORTEGA SERGIO DANIEL *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1032368601 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos
POVEDA ORTEGA SERGIO DANIEL *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1032368601 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos
* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos
* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * * * * *

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2022 Mes ENE Día 21	VICTORIA C. SAAVEDRA SAAVEDRA
	Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Powered by CamScanner