BOGOTÁ | SECRETARÍA DE GOBIERNO

# CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 410 de 2024

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 |
| Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión) | | X |
| Soy Declarante de Renta año 2023 | 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 | |

Así mismo, en cumplimiento del Decreto Nacional 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 artículo 383 del Estatuto Tributario, estableciendo que la tabla de retención establecida en la mencionada norma se pódra aplicar a toda persona natural, según lo estipulado en el artículo 329 del Estatuto Tributario, modificado por la Ley 1819 de 2016.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

| DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA | SI | NO |
|---|---|---|
| ¿Soy responsable del Impuesto a las ventas - IVA?<br>Anexar Rut y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica. | | X |
| ¿Hago aportes a cuenta AFC - Ahorro fomento para la construcción?<br>Anexar soporte de pago de aporte mensual | | X |
| ¿A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión?<br>Anexar soporte de pago de aporte mensual | | X |
| ¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior?<br>Anexar certificación en la primera cuenta | | X |
| Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: 2023<br>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<br>Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes | X | |

Se expide y firma a 1 del mes de octubre de 2024



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

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL **JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**

Certificado No:

D420827294 2E664D

**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** ******************************
************************************************************
************************************************************

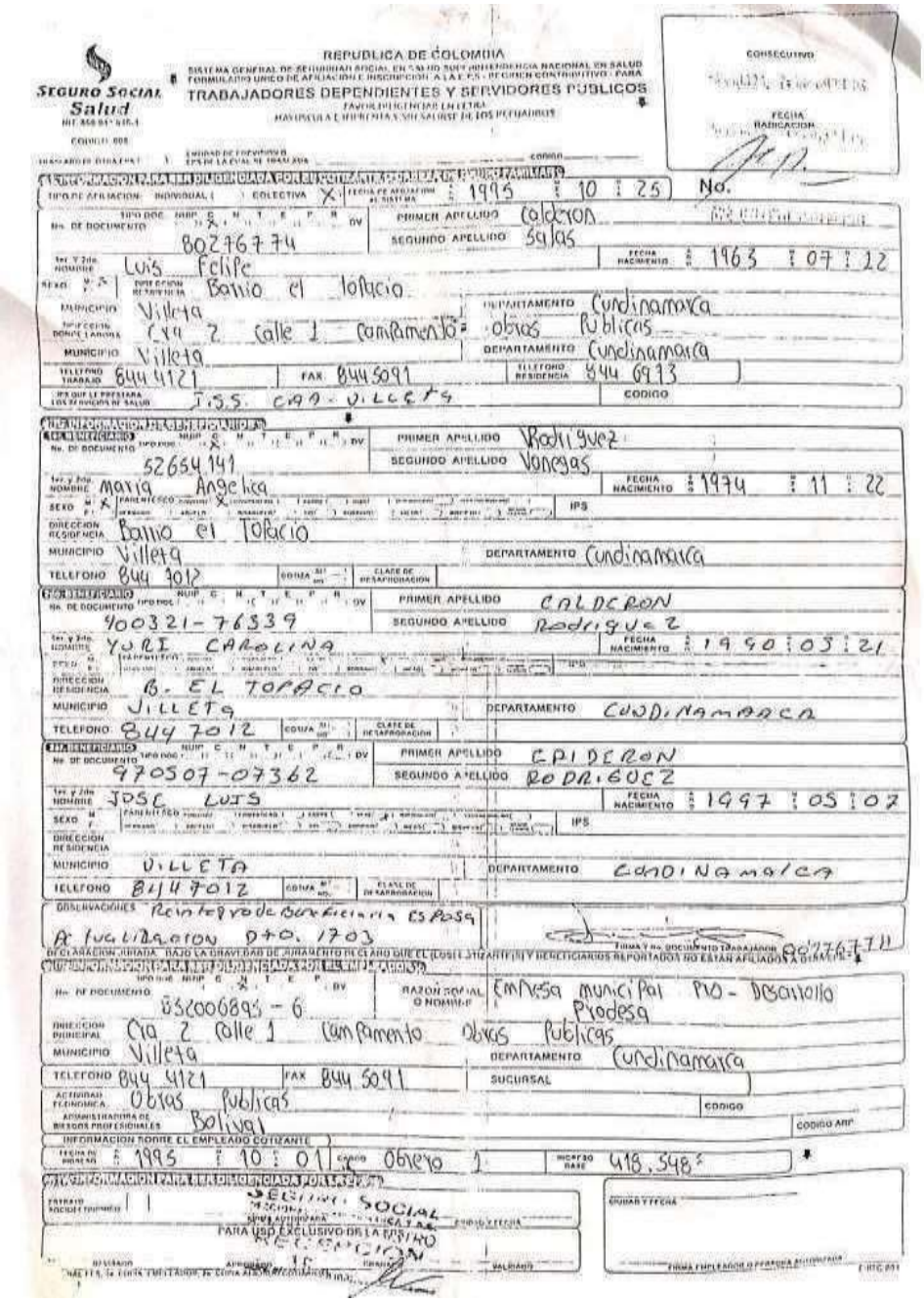
Dado en BOGOTA a los 15 días del mes de Julio de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados apartir de la fecha de su expedición.

**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

TRABAJADORES DEPENDIENTES Y SERVIDORES PUBLICOS

CONSECUTIVO

No.

TIPO DE AFILIACION: INDIVIDUAL | COLECTIVA X | FECHA DE AFILIACION AL SISTEMA: 1995 10 25

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

Luis Felipe | FECHA NACIMIENTO: 1963 07 22

DIRECCION RESIDENCIA: Barrio el Tolucio | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

MUNICIPIO: Villeta | DIRECCION DONDE LABORA: Cra 2 Calle 1 Campamento | OBRAS PUBLICAS

MUNICIPIO: Villeta | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

TELEFONO TRABAJO: 844 4121 | FAX: 844 5091 | TELEFONO RESIDENCIA: 844 6973

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

INFORMACION DEL GRUPO FAMILIAR

1 BENEFICIARIO | No. DE DOCUMENTO: 52654.141 | PRIMER APELLIDO: Rodriguez | SEGUNDO APELLIDO: Vanegas

NOMBRE: Maria Angelica | FECHA NACIMIENTO: 1974 11 22

SEXO: F | PARENTESCO: | IPS

DIRECCION RESIDENCIA: Barrio el Tolucio

MUNICIPIO: Villeta | DEPARTAMENTO: Cundinamarca

TELEFONO: 844 7012 | CODIGO | CLASE DE BENEFICIARIO

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

NOMBRE: YURI CAROLINA | FECHA NACIMIENTO: 1990 05 21

SEXO: F | PARENTESCO: | IPS

DIRECCION RESIDENCIA: B. EL TOLUCIO

MUNICIPIO: VILLETA | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

TELEFONO: 844 7012 | CODIGO | CLASE DE BENEFICIARIO

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

NOMBRE: JOSE LUIS | FECHA NACIMIENTO: 1997 05 07

SEXO: M | PARENTESCO: | IPS

DIRECCION RESIDENCIA:

MUNICIPIO: VILLETA | DEPARTAMENTO: CUNDINAMARCA

TELEFONO: 844 7012 | CODIGO | CLASE DE BENEFICIARIO

OBSERVACIONES: Reintegro de Beneficiario ESPOSA

Actualizacion Dto. 1703

DECLARACION JURADA: BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DECLARO QUE EL (LOS) TRABAJADOR(ES) Y BENEFICIARIOS REPORTADOS NO ESTAN AFILIADOS A OTRA EPS | TIRMA Y No. DOCUMENTO TRABAJADOR: 80'276'774

INFORMACION SOBRE EL EMPLEADOR

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 REGIMEN PROFESIONALES: Bolivar | CODIGO ARP

INFORMACION SOBRE EL EMPLEADO COTIZANTE

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

CALIFICACION PARA TRABAJADORES AFILIADOS POR EL SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

TRABAJO SOCIAL | SEGURIDAD SOCIAL

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ENTIDAD

RECEPCION

# CERTIFICACIÓNCALIDADTRIBUTARIA 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 m í 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** 1 — **MES** Octubre — **AÑO** 2024

**INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA**

| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA | CÉDULA N° | UBICACIÓN LABORAL (PROYECTO-SITIO TRABAJO | TELÉFONO |
|---|---|---|---|
| Yuri Carolina Calderón Rodríguez | 101421125 | Alcaldía Local deTunjuelito | 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 hastael 31 de diciembre de cada año.**

Relacionelos datos del dependiente que desea declarar

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

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

| | | |
|---|---|---|
| x | | Los hijos quetengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted. |
| **Requisito:** | | Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito. |
| | | Loshijos con edad entre18 y 23 añosa los cualesles está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnicos de educación no formal debidamente |
| **Requisito:** | | Certificado de constancia de estudios delaño 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 |
| | | Elcónyuge o compañero(a) permanentedel contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia deingresos 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 delos Padres: Copia auténtica delregistro civil de nacimiento del trabajador |
| | * | Para el caso delos 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 formatotenga en cuenta los siguientes pasos:

**FECHA DE SOLICITUD:** Registre la fechade presentación delformato en la versión día,mes,año en la casilla correspondiente
**NOMBRE DEL CONTRATISTA:** Registre los nombres y apellidos de lapersona que presenta la solicitud
**CÉDULA:** Registre elnúmero decédulade quien presenta lasolicitud
**UBICACI ÓN 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:** Registreelnombrey apellidos completos delfamiliarquedeclara como dependientesuyo.
**PARENTESCO:** Registre elparentesco delfamiliar que declara como dependiente suyo
**EDAD:** Registre laedad delfamiliar 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 cadacaso de sedebe anexarponaúnica vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberáallegarlo nuevamente
**FIRMADEL CONTRATISTA:** Registre la firmadelcontratista que está tramitando la solicitud

# CERTIFICACIÓNCALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

***Jeniffer Rodríguez 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 RODRÍGUEZ VANEGAS, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.654.141 expedida en Villeta – Cundinamarca, es madre de la señora CAROLINA CALDERÓN RODRÍGUEZ, 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 CALDERÓN RODRÍGUEZ.

La presente Certificación se expide para que sea presentada por la Sra. Carolina Calderón Rodríguez, para ser incluida en el proceso de depuración de la retención en la fuente, derivada de sus ingresos.

Para constancia se firma la presente certificación a los quince (15) días del mes de julio de 2024.

Cordialmente,

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