La educación es de todos · Mineducación	**Certificado Tributario e Información del SGSSI**	Código: GF-FT-26 Versión: 03 Rige a partir de su publicación en el SIG

Señores: Ministerio de Educación Nacional

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 #	1290492	De	2020

Contratista (Nombre completo)	JUAN GABRIEL PARRA AGUDELO		
Identificación (NIT, CC, etc.)	80769796	DV	
Dirección	CRA 70 No. 22-75 MZ C INT 12 APTO 102		
Ciudad Residencia	Bogotá D.C	Teléfono | Celular	3133506496
Correo Personal	AGUDELO1984@HOTMAIL.COM	Correo Institucional	JPARRAA@MINEDUCACION.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): 69102_Actividades jurídicas en el ejercicio de una profesión liberal

d) Artículo 383 del Estatuto Tributario, Parágrafo 2. *"La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad."*	¿Contraté más dos (2) o más personas?	SI	NO
		☐	☒

e) Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así: Registre aquí. %

	SI	NO
f) Pertenezco al Régimen de Tributación SIMPLE:	☒	☐

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	☒	☐	8600669427_Compensar Entidad Promotora de Salud
Régimen especial en Salud	☐	☒	En caso de señalar "SI", los aportes correspondientes a Salud serán consignados directamente al FOSYGA
Aportes - Pensión	☒	☐	9003360047_Colpensiones Administradora Colombiana de Pensiones
Aportes – ARL	☒	☐	8600111536_Positiva Compañía de Seguros

Aportes Voluntarios

En virtud de Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.21, autorizo al Ministerio de Educación Nacional 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
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

Tipo	Sí	No	Soportes
			Anexar *- Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.*
Intereses de Vivienda	☐	☒	*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 menores de 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) Para Hijos mayores de 23 años y/o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos,* ***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.*

Relación de Dependientes

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

4. FIRMA

Para constancia firmo el día **viernes, 24 de abril de 2020**

CC/NIT.: 80169796 Btc.

Original: Subdirección de Gestión Financiera – Central de Cuentas -
Copia: Subdirección de Contratación – Carpeta del contrato

"IMPRIMIR POR LAS DOS CARAS DE LA HOJA"
Pág. 2 | 2