Ciudad y Fecha: BOGOTA 18 DE OCTUBRE DE 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 **504** 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 [ ] NO [X]

Por lo anterior, Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Articulo 8). A mi favor _____ % **(% 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 [ ] NO [X]
(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 [ ] NO [X]
(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

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: *EDSON EDIÑO RONCANCIO LADINO*
NOMBRE COMPLETO: EDSON EDIÑO RONCANCIO LADINO
CÉDULA DE CIUDADANÍA No.: 1.022.384.288

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.