**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA**

**DEL CONTRATISTA ARTICULOS 330 Y 383 E.T**

Yo, HELIODORO MANRIQUE MANRIQUE, identificado con cédula de ciudadanía No. 79.462.194 expedida en la ciudad de Bogotá D.C., manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO (X) he contratado o vinculado dos o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad generadora de renta, por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos.

De acuerdo con los requisitos y topes establecidos por la DIAN, SI ( ) NO (X) soy declarante de renta por el año gravable 2019.

Esta información se presenta como respaldo de mis condiciones tributarias para el contrato No. 006 del año 2020.

Este formato estará sujeto a cambios y modificaciones que la DIAN reglamente sobre la ley 1819 del 29 de diciembre de 2016.

Nota: En cumplimiento del Decreto 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 art. 383 del E.T. estableciendo que esa tabla de retención allí contenida, se podrá aplicar a toda persona natural, según el art.329 del ET y modificado por la ley 1819 de 2016. CERTIFICO QUE: (Seleccione para cada concepto con una X según corresponda):

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas | | **X** |
| Efectúa aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) *(ANEXAR SOPORTE DE PAGO DE APORTE MENSUAL)* | | **X** |
| A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (*DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS - ANEXAR CERTIFICACIÓN)* | | **X** |
| Certificación pago Intereses en préstamos para adquisición de vivienda del Empleado (o el costo financiero en un contrato de leasing para adquirir vivienda del Empleado) valor pagado año: **2019** (*ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)* | | **X** |
| Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2019** *(ANEXAR CERTIFICACIÓN EN LA PRIMERA CUENTA)* | | **X** |
| Certificó que tengo dependientes, de acuerdo a 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, de lo cual adjunte, en su momento el Formato y los soportes, que a la fecha no presenta novedad. | | **X** |

Que, en el marco del Estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica originada por el coronavirus (COVID-19), declarado mediante el Decreto Nacional No. 417 de 2020 y de conformidad con las medidas adoptadas por el Gobierno Nacional en mi calidad de contratista de la SDG me permito informar que:

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| Con el fin de determinar si soy sujeto del Impuesto obligatorio que establece el artículo 1 del Decreto Legislativo 568 del Ministerio de Hacienda informo que tengo contrato de prestación de servicios vigente con otra entidad del orden nacional o distrital.<br>Si la respuesta afirmativa indique con cual entidad_____y el valor del contrato mensual _____ | | **X** |

**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA**

**DEL CONTRATISTA ARTICULOS 330 Y 383 E.T**

| CONCEPTO | SI | NO |
|---|---|---|
| De acuerdo al artículo 9 del Decreto legislativo 568 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público del 15 de abril del 2020" aporte solidario VOLUNTARIO por el COVID 19" autorizo realizar el descuento del aporte mensual solidario voluntario por el COVID19 en los meses de mayo junio y julio de 2020 | | **X** |
| De acuerdo con el Decreto Legislativo No. 558 de 15 abril de 2020 "Por el cual se implementan medidas para disminuir temporalmente la cotización al Sistema General de Pensiones, proteger a los pensionados bajo la modalidad de retiro programado" Informo que Durante los meses de mayo y junio realizaré los aportes a pensión con el 3% de cotización | | **X** |

**Nota:** la vigencia de este formato estará determinada por el periodo del estado de Emergencia Económica, Social y Ecológica declarada en el marco del COVID 19.

El presente documento se diligencia y firma bajo gravedad de juramento al primer (01) día del mes de Junio de 2020.

Firma: 

Nombre: Heliodoro Manrique Manrique

C.C: 79.462.194 de Bogotá

Dirección de Residencia: Carrera 68 Bis No. 4-18 Sur.

Teléfono de contacto: 6195088

Correo electrónico institucional: Heliodoro.manrique@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico de notificación: manrique.h26@gmail.com.

Nota: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento.