



Número de Contrato 481 de 2024

Yo JOHANA STEFFANY JIMÉNEZ VÁSQUEZ, identificado con cédula de ciudadanía No. 1018451037 expedida en la ciudad de Bogotá D.C..

| INFORMACION PERSONAL                                                                                                                                                                        | SI | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| Soy Pensionado                                                                                                                                                                              |    | X  |
| Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)                                                                                                                                  |    | X  |
| Soy Declarante de Renta año 2024                                                                                                                                                            |    | 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 podrá 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: 2024<br>Anexar certificación en la primera cuenta                                                                                                                                                                          |    | X  |
| Certifiqué 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 3 del mes febrero de 2025

JOHANA STEFFANY JIMÉNEZ VÁSQUEZ

JOHANA STEFFANY JIMÉNEZ VÁSQUEZ  
C.C. 1018451037  
Celular: 3102453766  
Dirección: CARRERA 69C BIS # 2 - 18 APTO 502  
Correo electrónico: Johana.jimenez5@hotmail.com