



SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

### Declaración Juramentada

Número de Contrato 566 de 2024

Yo PAOLA ANDREA ARANDA SUA, identificado con cédula de ciudadanía No. 1031128021 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 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: 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-fl37 y sus soportes | X  |    |

Se expide y firma a 3 del mes marzo de 2025

**PAOLA ANDREA ARANDA SUA**  
**C.C. 1031128021**  
**Celular: 3015239986**  
**Dirección: CARRERA 61 B NO 52A 11 SUR**  
**Correo electrónico: matmar320@outlook.com**

Edificio Liévano  
Calle 11 No. 8 -17  
Código Postal: 111711  
Tel. 3387000 - 3820660  
Información Línea 195  
[www.gobiernobogota.gov.co](http://www.gobiernobogota.gov.co)

Código: GCO-GCI-F138  
Versión: 06  
Vigencia: 08 de Agosto de 2024  
Caso HOLA: 66704

