Bogotá D.C. Enero de 2025

Señores
CORPORACIÓN COLOMBIA CREA TALENTO
Ciudad

REF: Certificación de información por aplicación de tarifa diferencial en Retención en la fuente por mis honorarios correspondientes al mes: Noviembre

Cordial Saludo:

En cumplimiento a lo establecido en el parágrafo 5, del artículo 32 de la Ley 2010 de 2019 *"modifíquense los numerales 6 y 8, y adiciónense los numerales 7 y 9 y los parágrafos 4 y 5 al artículo 206 del Estatuto Tributario, los cuales quedarán así: …PARÁGRAFO 5. La exención prevista en el numeral 10 también procede en relación con los honorarios percibidos por personas naturales que presten servicios y que contraten o vinculen por un término inferior a noventa (90) días continuos o discontinuos menos de dos (2) trabajadores o contratistas asociados a la actividad*".

Certifico que para la ejecución del contrato de prestación de servicios No. _595-2024- suscrito en la fecha _27 de septiembre de 2024 y con fecha de terminación 30 de marzo de 2025_, **NO_x_, SI ____**he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad.

En los siguientes numerales, respondo SI o NO, según corresponda:

1) ¿Tiene hijos que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente de usted? **SI ___ NO_x__.**
2) ¿Tiene hijos con edad entre 18 y 23 años, que usted esté financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente? SI ___ NO__x_.
3) ¿Tiene hijos mayores de 23 años de edad que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal? **SI x_ NO___.**
4) ¿Su cónyuge o compañero permanente se encuentre en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal? **SI ___ NO_x_.**
5) ¿Sus padres y/o hermanos se encuentran en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 **UVT**, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal? **SI ___ NO__x_**
6) ¿Usted tiene créditos hipotecarios a su nombre? **SI ___ NO_x_.**
7) ¿Usted tiene medicina prepagada o plan complementario a su nombre? SI x_ NO___.
8) Hace aportes de ahorros para Fomento de la Construcción -(Cuentas AFC)? SI_____NO_x_ (En caso afirmativo favor suministrar Nro. de cuenta de ahorros y Banco: _____.
9) ¿Usted es declarante de renta? SI _x_ NO___.

10) Para el período solicitado de pago he realizado mis aportes a la seguridad social con la planilla de pago Nro 9480660085 con fecha de pago: ___3/02/2025__

Para los puntos del 1 al 7, con respuesta **SÍ**, favor adjuntar copia de: tarjeta de identidad, cédula de ciudadanía, certificación bancaria de la existencia del crédito hipotecario con detalle de la fecha de inicio, certificación del pago de la su medicina prepagada o plan complementario.
Para el numeral 8) adjuntar la certificación del Banco donde se posea la cuenta AFC.

Cordialmente,

____ _____

Nombre: Paola Vives Baquero
Cédula:52644626 de Bogotá