CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

ARTICULOS 330 Y 383 E.T

Yo **PAOLA ANDREA ZARATE QUINTERO**, identificada con cédula de ciudadanía No 52.846.283 expedida en 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 (X) NO ( ) soy declarante de renta por el año gravable 2025.

Esta información se presenta como respaldo de mis condiciones tributarias para el contrato Nº 152 de 2026 suscrito con el municipio de Purificación.

Que los documentos soporte de pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad en Salud, Pensiones y Riesgos Laborales, efectuados durante periodo **(29 de Enero de 2026 al 28 de Febrero de 2026)**, corresponden a los ingresos provenientes del contrato número 152 de 2026 materia de pago sujeto a retención.

Este formato estará sujeto a cambios y modificaciones que la DIAN reglamente sobre la ley 1943 del 28 de diciembre de 2018.

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 1943 de 2018. CERTIFICO QUE: (Seleccione para cada concepto con una X según corresponda):

CONCEPTO	SI	NO
De acuerdo a las condiciones del articulo 437 parágrafo 3 del estatuto tributario soy responsable 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: **2025** *(ANEXAR CERTIFICACIÓN)*		X
Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2025** *(ANEXAR CERTIFICACIÓN)*		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

Se expide y firma a los Cinco (05) días del mes de Marzo del 2026.

Nombre: PAOLA ANDREA ZARATE QUINTERO
C.C: 52.846.283 de Bogotá D.C
Dirección: Calle 6A 57-23 Torre 2 Apto 204
Teléfono: 311 471 6250
Email: pzqfacturacion@gmail.com

Nota: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento.