1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

VER CONTRATO

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.16717746
Número del contrato	783-2026
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	Prestar servicios profesionales a la Direccion de Eliminacion de Violencias contra las Mujeres y Acceso a la Justicia, para impulsar la implementacion territorial del Sistema Sofia, en conformidad con los Consejos y Planes Locales de Seguridad para las Mujeres, en la localidad asignada por la supervision del contrato.
Tipo de contrato	
Fecha de inicio del contrato	27 días de tiempo transcurrido *(30/01/2026 12:00:00 AM(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Fecha de terminación del contrato	28/10/2026 11:59:00 PM *((UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito)*
Duración del contrato	270 Días
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	(●) Sí ( ) No
Estado del contrato	En ejecución
Liquidación	( ) Sí (●) No
Obligaciones Ambientales	( ) Sí (●) No
Obligaciones Pos Consumo	( ) Sí (●) No
Reversión	( ) Sí (●) No

Entidad Estatal

SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER

COLOMBIA, Bogotá

0 Recomendación (es)

Proveedor Seleccionado

ingrit yolima neuta palacios

0 Recomendación (es)

Cuenta bancaria del proveedor

Proveedor	Nombre del banco	Tipo de cuenta	Número de cuenta
ingrit yolima neuta palacios			

Aprobación del contrato

Aprobador – Proveedor

Aprobado por: *Fecha de aprobación:* -

Aprobador – Entidad Estatal

Aprobado por: *Fecha de aprobación:* -

Contrato firmado: CO1_PCCNTR_9048899_Firmado

Contrato en ejecución: CO1_PCCNTR_9048899_En ejecución

Información del objeto

Tipo de proceso Contratación directa

Unidad de contratación

Proceso de Contratación

N/A

Título de la oferta

Cuantía del contrato 56.493.000,00 COP

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colomb **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Ver resultados

Encuestado

478 Anónimo

21:12
Tiempo para completar

CERTIFICACIÓN DE LOS DATOS

1

CERTIFICACIÓN CATEGORÍA TRIBUTARIA-CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTION. VIGENCIA 2025.

VIGENCIA: AL 15 DE ABRIL DE 2025. Con el fin de dar cumplimiento a la normatividad vigente, en especial los Artículos No. 103, 383, 387 y 388 del Estatuto Tributario y Artículos No. 1.2.4.1.6, 1.2.4.1.7, 1.2.4.1.18, 1.2.4.1.24 y 1.2.4.1.27 del Decreto No. 1625 de 2016 expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, modificado a través del Decreto 359 de 2020 expedido por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público, para efectos de determinar la calidad de responsable de IVA y la depuración de la base gravable en el cálculo de la retención en la fuente por renta, Ley 2277 de 2022 expedida por el Congreso de Colombia y Decreto 2231 de 2023 expedida por el Ministerio de Hacienda y Crédito Público.

No se proporciona ninguna respuesta.

2

Al pulsar el botón acepto, autorizo a la Secretaria Distrital de la Mujer, para almacenar dentro de su sistema de información, los datos personales que yo voluntariamente diligencie dentro del presente formulario.
Entiendo que estos datos serán custodiados y tratados en los términos de la ley 1581 de 2012 expedida por el Congreso de la República, Decreto 1377 de 2013 expedido por el Presidente de la República y demás disposiciones concordantes. *

- (●) Acepto
- ( ) No Acepto

DATOS GENERALES

(Diligenciar el formulario en mayúsculas, no usar puntos, comas ni caracteres especiales)

3

TIPO DE NOVEDAD. *

- (●) Creación
- ( ) Actualización
- ( ) Cesión

4

Nombres y Apellidos Completos.
(registre los datos como aparecen en el documento de identificación). *

Ingrit Yolima Neuta Palacios

5

Tipo de Identificación. *

- (●) Cédula de Ciudadanía
- ( ) Cédula de Extranjería
- ( ) Identificación de extranjeros diferente al NIT asignado por la DIAN

6

Número de Identificación.
(no usar puntos, comas, espacios, ni caracteres especiales) *

1024466865

El valor debe ser un número.

7

Adjuntar copia de la cédula de ciudadanía al correo: **creacionactualizaciondeterceros@sdmujer.gov.co**, en formato PDF. *

- (●) SI

8

Correo electrónico de contacto reportado en el RUT. *

yolima.neuta.bnci@gmail.com

9

Dirección.
(Diligencie la dirección actual de su domicilio incluyendo complemento, ejemplo torre, apto, int, edificio entre otros) *

calle 63 sur no. 64 90 apto. 1438 int. 8

10

Municipio de su domicilio reportado en la pregunta anterior.
(Ejemplo, Bogotá, Soacha, Zipaquirá, Chia, entre otros) *

Bogotá

11

Departamento.
(Ejemplo, Bogotá, Cundinamarca, Antioquia, Santander, entre otros) *

Bogotá

12

Teléfono de contacto (Número telefónico fijo o celular).
(no usar puntos, comas, espacios ni caracteres especiales)
*

3219786907

El valor debe ser un número.

SISTEMA DE PAGOS

13

Entidad Financiera.
(Seleccione la entidad financiera a la cual se le realizará el pago) *

- BANCO AGRARIO
- BANCO AV VILLAS
- BANCO CAJA SOCIAL BCSC SA
- BANCO COOPERATIVO COOPCENTRAL
- BANCO DAVIVIENDA S.A.
- BANCO DE BOGOTÁ
- BANCO DE LAS MICROFINANZAS - BANCAMIA
- BANCO DE OCCIDENTE

- BANCO DUMMY MULTAS SED
- BANCO FALABELLA S.A
- BANCO FINANDINA S.A
- BANCO GENERAL TRANSITORIAS TRM
- BANCO GNB SUDAMERIS
- BANCO MIBANCO S.A.
- BANCO MULTIBANK S.A.
- BANCO MUNDO MUJER

- ○ BANCO PICHINCHA
- ○ BANCO POPULAR
- ○ BANCO SANTANDER DE NEGOCIOS COLOMBIA S.A.
- ○ BANCO SCOTIABANK COLPATRIA
- ○ BANCO SERFINANZA S.A
- ○ BANCO UNIÓN
- ○ BANCO W S.A
- ○ BANCOLDEX
- ◉ BANCOLOMBIA SA
- ○ BANCOOMEVA

- ◯ BANK OF AMERICA N.A
- ◯ BANQUE DE FRANCE
- ◯ BBVA
- ◯ CAPITAL ONE BANK
- ◯ CITIBANK
- ◯ COLTEFINANCIERA S.A
- ◯ CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA
- ◯ COOTRAFA COOPERATIVA FINANCIERA
- ◯ DALE
- ◯ DEUTSCHE BANK TRUST COMPANY AMERICAS

- ◯ FÉDÉRATION DES CAISSES DESJARDINS DU QUÉBEC
- ◯ FINANCIERA JURISCOOP S.A. COMPAÑÍA FINANCIAMIENTO
- ◯ HSBC MÉXICO, S.A.
- ◯ IRIS CF COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S. A.
- ◯ ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A
- ◯ JFK COOPERATIVA FINANCIERA
- ◯ LULO BANK
- ◯ MOVII

- ○ STANDARD CHARTERED BANK
- ○ NEQUI
- ○ SUNTRUST BANK
- ○ NU BANK

14

Tipo de Cuenta.
(Seleccione el tipo de cuenta al cual se le realizará el pago) *

- ◉ Ahorros
- ○ Corriente

15

Digite tal como aparece en el certificado bancario, el número de cuenta a la que se le realizará el pago.
(no usar puntos, comas, espacios ni caracteres especiales)
*

62422898927

16

Certificación Cuenta Bancaria.
(Enviar el archivo en formato PDF emitido por la entidad financiera sin claves al correo: **creacionactualizaciondeterceros@sdmujer.gov.co**) *

- ◉ SI

CLASIFICACIÓN TRIBUTARIA

(Diligenciar el formulario en mayúsculas, no usar puntos, comas, espacios, ni caracteres especiales)

17

Con el fin de clasificar el concepto y nivel de ingresos, responda las siguientes preguntas: *

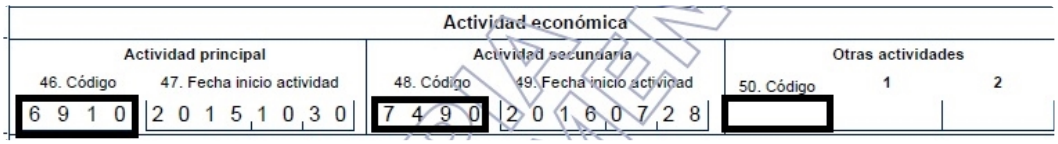
	SI	NO
A) Mis ingresos son generados por contratos de prestación de servicios personales,de acuerdo con el artículo 103 del E.T. Decreto 1625-2016 Art. 1.2.4.1.6 para ser considerado como rentas de trabajo.	○	◉
B) Durante el año gravable anterior(**2024**) los ingresos brutos totales provenientes de la actividad con entidades Privadas, son iguales o superiores a las 3.500 UVT($ 164.727.500).	○	◉
C) Durante el año gravable anterior(**2024**) los ingresos proveniente de Contratos de Prestación de Servicios suscritos con el Estado fueron iguales o superiores 4.000 UVTS ($ 188.260.000).	○	◉
D) Durante el año gravable (**2025**) he celebrado contratos con entidades Privadas por prestación de servicios superiores , a 3.500 UVT ($174.296.500).	○	◉
E) Durante el año gravable (**2025**) he celebrado contratos por prestación de servicios con el Estado superiores 4.000 UVTS ($199.196.000).	○	◉

18

Digite el código de la actividad económica que tiene registrada en el RUT.

Tenga en cuenta que los códigos del RUT y RIT pueden contener 4 o 5 dígitos como se resalta en la siguiente imagen y estos deben coincidir en sus 4 primeros dígitos y a su vez ser acorde con el objeto contractual suscrito con la Entidad.

Ejemplo: Si el código en el RUT es 7490 en el RIT puede ser 74901 o 74902, en algunos casos tanto en RUT como RIT solo tiene 4 dígitos, Ejemplo: 8560. *



7220

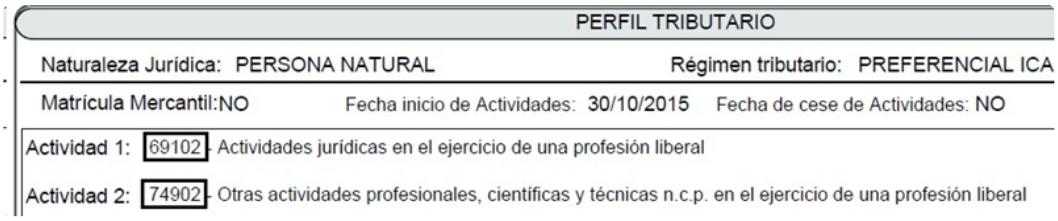
El valor debe ser un número.

19

Digite el código de la actividad económica que aparece registrada en el RIT.

Tenga en cuenta que los códigos del RUT y RIT pueden contener 4 o 5 dígitos como se resalta en la siguiente imagen y estos deben coincidir en sus 4 primeros dígitos y a su vez ser acorde con el objeto contractual suscrito con la Entidad.

Ejemplo: Si el código en el RUT es 7490 en el RIT puede ser 74901 o 74902, en algunos casos tanto en RUT como RIT solo tiene 4 dígitos, Ejemplo: 8560. *

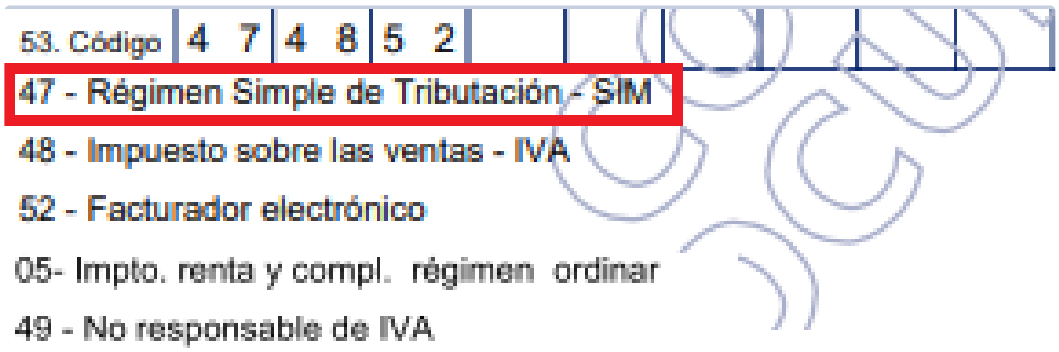


72202

El valor debe ser un número.

20

De acuerdo con las opciones de la casilla 53 tal como se muestra en la imagen y según responsabilidades, calidades y tributos, contenidas en el Registro Único Tributario - RUT, usted presenta el siguiente Régimen de tributación?
1. Código 47-Régimen Simple de Tributación - SIM
Revisar la responsabilidad en el RUT y si cuenta son esta responsabilidad seleccionar la opción SI, de lo contrario marcar opción NO.
*



- ○ SI
- ◉ NO

21

Según responsabilidades, calidades y tributos, contenidas en el Registro Único Tributario - RUT (casilla 53), seleccione si es **responsable de IVA**.
(Revisar las responsabilidades en el RUT) *

- ○ SI
- ◉ NO

22

Según responsabilidades, calidades y tributos, contenidas en el Registro Único Tributario - RUT (casilla 53), seleccione si **factura electrónicamente**.
(Revisar las responsabilidades en el RUT) *

- ○ SI
- ◉ NO

23

Anexo al correo: **creacionactualizaciondeterceros@sdmujer.gov.co** copia del Registro Único Tributario - RUT (Formato PDF, **NO** se aceptan en estado borrador), (**el documento no debe tener claves**). *

- ◉ SI

24

Anexo al correo: **creacionactualizaciondeterceros@sdmujer.gov.co** copia del Registro Información Tributara - RIT (Formato PDF, **NO** se aceptan en estado borrador), (el documento no debe tener claves). *

- SI

25

¿Esta obligado a cotizar pensión?. *

- **SI**, debo cotizar a pensión
- **NO**, no debo cotizar a pensión por mi edad
- **NO**, ya cumplió con los requisitos para pensionarme o mi pensión ya esta en trámite
- **NO**, acredita la imposibilidad de cumplir con los requisitos para pensión

26

Su calificación del Riesgo Laboral - ARL, de acuerdo al Contrato suscrito con la entidad corresponde a: *

- **Riesgo mínimo (Clase I).** Incluye actividades comerciales, financieras, oficinas, educativas, belleza, arte y teatro.
- **Riesgo bajo (Clase II).** Comprende empresas manufactureras, textiles y agrícolas.
- **Riesgo medio (Clase III).** Empresas de alimentos, automóviles, agujas, alcoholes y plásticos.
- **Riesgo alto (Clase IV).** Compañías de cerveza, vidrio, aceite, papel, caña de azúcar y transporte aéreo o terrestre.
- **Riesgo máximo (Clase V).** Incluye construcción, explotación petrolera, minería, manejo de explosivos, etc.

ALIVIOS TRIBUTARIOS

Diligenciar el formulario en mayúsculas, no usar puntos, comas, espacios, ni caracteres especiales

27

¿Realiza aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) Art. 126-4 del Estatuto Tributario?.
Si la respuesta es **SI** (Anexar soporte de pago de AFC de manera mensual en el aplicativo **ICOPS**). *

- SI
- NO

28

¿Realiza Aportes Voluntarios a Pensión Diferentes a los Obligatorios Art. 126-1 del Estatuto Tributario?.
Si la respuesta es **SI** (Anexar soporte de pago de aportes voluntarios a pensión de manera mensual en el aplicativo **ICOPS**) *

- SI
- NO

PAGO INTERESES CRÉDITOS HIPOTECARIOS

***Créditos en UVR (Intereses y Corrección Monetaria)**

29

Pagos por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Préstamos para Adquisición de Vivienda o el Costo Financiero en un Contrato de Leasing de un bien inmueble destinado a vivienda del Contratista.
Durante la vigencia 2023. Art. 119 y 387 E.T - Art. 1.2.4.1.23 Decreto No. 1625 de 2016.
*

- (●) SI
- ( ) NO

30

Seleccione el nombre de la entidad a la cual hace el aporte *

- BANCO AGRARIO
- BANCO AV VILLAS
- BANCO CAJA SOCIAL BCSC SA
- BANCO COOPERATIVO COOPCENTRAL
- BANCO DAVIVIENDA S.A -DAVIPLATA
- BANCO DAVIVIENDA S.A.
- BANCO DE BOGOTÁ
- BANCO DE LAS MICROFINANZAS - BANCAMIA

- ◯ BANCO DE OCCIDENTE
- ◯ BANCO DUMMY MULTAS SED
- ◯ BANCO FALABELLA S.A
- ◯ BANCO FINANDINA S.A
- ◯ BANCO GENERAL TRANSITORIAS TRM
- ◯ BANCO GNB SUDAMERIS
- ◯ BANCO MIBANCO S.A.
- ◯ BANCO MULTIBANK S.A.
- ◯ BANCO MUNDO MUJER
- ◯ BANCO PICHINCHA

- ◯ BANCO POPULAR
- ◯ BANCO SANTANDER DE NEGOCIOS COLOMBIA S.A.
- ◯ BANCO SCOTIABANK COLPATRIA
- ◯ BANCO SERFINANZA S.A
- ◯ BANCO UNIÓN
- ◯ BANCO W S.A
- ◯ BANCOLDEX
- ◯ BANCOLOMBIA SA

- ◯ BANCOOMEVA
- ◯ BANK OF AMERICA N.A
- ◯ BBVA
- ◯ CAPITAL ONE BANK
- ◯ CITIBANK
- ◯ CITIBANK NA
- ◯ CITIBANK OF NEW YORK
- ◯ COLTEFINANCIERA S.A
- ◯ CONFIAR COOPERATIVA FINANCIERA
- ◯ COOPERATIVA FINANCIERA DE ANTIOQUIA

- ○ COOTRAFA COOPERATIVA FINANCIERA
- ○ DALE
- ○ DAVIVIENDA
- ○ DEUTSCHE BANK TRUST COMPANY AMERICAS
- ○ FÉDÉRATION DES CAISSES DESJARDINS DU QUÉBEC
- ○ FINANCIERA JURISCOOP S.A. COMPAÑÍA FINANCIAMIENTO
- ◉ FONDO NACIONAL DEL AHORRO
- ○ IRIS CF COMPAÑÍA DE FINANCIAMIENTO S. A.

- ITAÚ CORPBANCA COLOMBIA S.A
- JFK COOPERATIVA FINANCIERA
- JP MORGAN CHASE BANK
- JP MORGAN CHASE N.Y.
- LULO BANK
- MOVII
- MUFG BANK LTD. - NEW YORK
- NEQUI
- STANDARD CHARTERED BANK
- SUNTRUST BANK

31

Cantidad de titulares para el crédito.
(Ejemplo: 1,2,3 etc..) *

1

El valor debe ser un número.

32

Porcentaje de descuento de los intereses del crédito o leasing (indique el porcentaje de descuento a aplicar, ejemplo; 25%, 50%,100%). *

50%

33

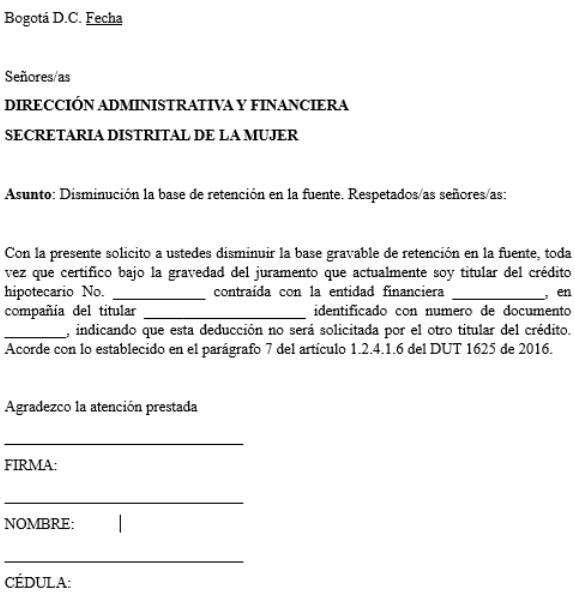
Valor Total Intereses Pagados.
(Escriba en números sin puntos ni comas, espacios, caracteres especiales, no incluya decimales) *

6000

El valor debe ser un número.

34

Si la respuesta a la pregunta "***Pagos por concepto de Intereses o Corrección Monetaria en Préstamos para Adquisición de Vivienda***..." fue **SI**, Anexar al correo: **creacionactualizaciondeterceros@sdmujer.gov.co** en formato PDF el certificado tributario del año anterior expedido por la entidad financiera correspondiente y carta manifestando que el otro titular del préstamo no ha solicitado la deducción que le corresponde. (En caso que aplique). **Como ejemplo si lo desea puede diseñar la carta como la de la imagen.** *



Bogotá D.C. Fecha

Señores/as
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER

Asunto: Disminución la base de retención en la fuente. Respetados/as señores/as:

Con la presente solicito a ustedes disminuir la base gravable de retención en la fuente, toda vez que certifico bajo la gravedad del juramento que actualmente soy titular del crédito hipotecario No. _____ contraída con la entidad financiera _____, en compañía del titular _____ identificado con numero de documento _____, indicando que esta deducción no será solicitada por el otro titular del crédito. Acorde con lo establecido en el parágrafo 7 del artículo 1.2.4.1.6 del DUT 1625 de 2016.

Agradezco la atención prestada

_____
FIRMA:

_____
NOMBRE:

_____
CÉDULA:

SI

35

¿Realizó pagos por concepto de Medicina Prepagada y/o Planes Adicionales de Salud del Contratista, Cónyuge, Hijos o Dependientes?. Durante la vigencia 2023- Art. 387 del Estatuto Tributario.

*

- (●) SI
- ( ) NO

36

Nombre de la entidad. *

Famisanar

37

Valor pagado sin incluir IVA.
(Escriba en números sin puntos ni comas, espacios, caracteres especiales, no incluya decimales)
*

175000

El valor debe ser un número.

38

Si la respuesta a la pregunta "***¿Realizó pagos por concepto de Medicina Prepagada y/o Planes Adicionales de Salud...***" fue **SI**, anexar al correo: **creacionactualizaciondeterceros@sdmujer.gov.co** el certificado tributario expedido por la entidad competente. (No relación de pagos). *

- (●) SI

39

¿Certificó que tengo dependientes, de acuerdo con los requisitos exigidos en el Parágrafo 2 del Artículo 387 del Estatuto Tributario y Artículo 1.2.4.1.18 del Decreto No. 1625 de 2016?. *

- (●) SI
- ( ) NO

40

Si la respuesta a la pregunta anterior fue **SI**, marque la clase de dependiente, según las definiciones de la letras A a la E: en cualquiera de las opciones anexar certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo que da lugar al tratamiento tributario, adjuntando los siguientes documentos según el numeral que le aplique: *

- ○ **A.** Hijos que tengan hasta 18 años de edad **1.** Certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo **2.** Registro Civil. (No es válida la Tarjeta de Identidad)
- ○ **B.** Hijos con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre (contratista) se encuentre 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. **1.** Certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo **2.** Certificación que está activo y cursando estudios superiores. (El documento debe actualizarse de acuerdo a la periodicidad de Estudio (Semestral o anual) **Nota:** No son válidos los recibos de pago
- ○ **C.** Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por medicina legal **1.** Certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo **2.** (Registro Civil de Nacimiento y Certificados por Medicina Legal).
- ○ **D.** Cónyuge o compañero permanente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT($12.947.740)**1.** Certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo **2.** (Certificación dependencia económica expedida por Contador Público, acompañada de tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios vigente).o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos(Certificados por Medicina Legal, partida de matrimonio y/o declaración juramentada de unión libre).
- ◉ **E.** Padres y los hermanos que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT($12.947.740) **1.** Certificado expedido por el contratista que identifique la persona dependiente a su cargo **2.**(Certificación dependencia económica expedida por Contador Público,tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios vigentes).o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos. **3.** (Certificados por Medicina Legal).

41

Nombres y Apellidos Completos del Dependiente. *

JOSE RENE NEUTA ALONSO - MAGRET PALACIOS GOMEZ

42

Tipo de Identificación del Dependiente. *

- (●) Cédula de Ciudadanía
- ( ) Cédula de Extranjería
- ( ) Registro Civil
- ( ) Tarjeta de Identidad

43

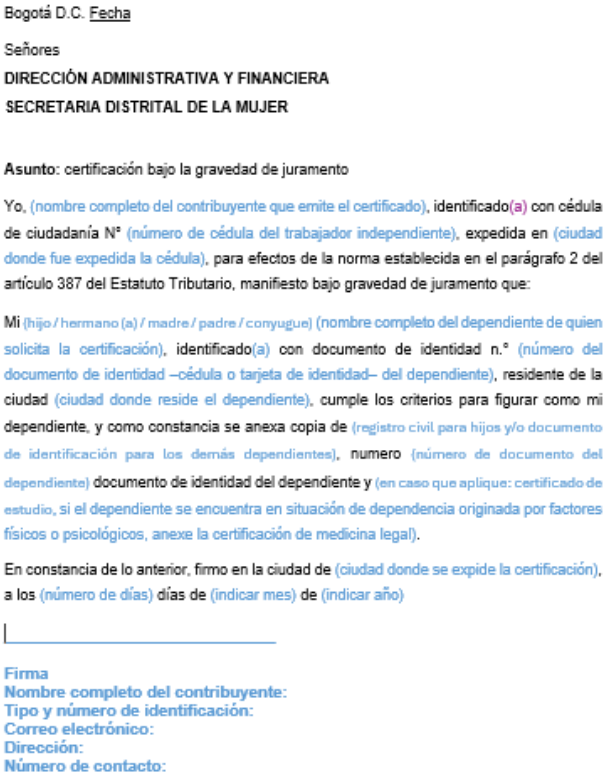
Número de identificación del Dependiente.
(Escriba en números sin puntos ni comas, espacios, caracteres especiales, no incluya decimales) *

19149297

El valor debe ser un número.

44

Adjuntar al correo:
creacionactualizaciondeterceros@sdmujer.gov.co los documentos que certifica lo señalado en la pregunta relacionada según la opción seleccionada con **clase de dependiente.**
Como ejemplo de la carta si lo desea puede diseñar una como la de la imagen. *



Bogotá D.C. Fecha

Señores
DIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA
SECRETARIA DISTRITAL DE LA MUJER

Asunto: certificación bajo la gravedad de juramento

Yo, (nombre completo del contribuyente que emite el certificado), identificado(a) con cédula de ciudadanía N° (número de cédula del trabajador independiente), expedida en (ciudad donde fue expedida la cédula), para efectos de la norma establecida en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Mi (hijo / hermano (a) / madre / padre / conyugue) (nombre completo del dependiente de quien solicita la certificación), identificado(a) con documento de identidad n.° (número del documento de identidad –cédula o tarjeta de identidad– del dependiente), residente de la ciudad (ciudad donde reside el dependiente), cumple los criterios para figurar como mi dependiente, y como constancia se anexa copia de (registro civil para hijos y/o documento de identificación para los demás dependientes), numero (número de documento del dependiente) documento de identidad del dependiente y (en caso que aplique: certificado de estudio, si el dependiente se encuentra en situación de dependencia originada por factores físicos o psicológicos, anexe la certificación de medicina legal).

En constancia de lo anterior, firmo en la ciudad de (ciudad donde se expide la certificación), a los (número de días) días de (indicar mes) de (indicar año)

Firma
Nombre completo del contribuyente:
Tipo y número de identificación:
Correo electrónico:
Dirección:
Número de contacto:

- (●) SI

45

¿Utilizará costos y gastos al final del año en su declaración de renta?.
(Si la opción es **NO disminuye** su retención en la fuente)
(Si la opción es **SI**, **aumenta** su retención en la fuente)
*

- ( ) SI
- (●) NO

46

¿Desea que se le aplique una tarifa de Retención en la Fuente superior a la determinada?. *

- ( ) SI
- (●) NO

47

Es usted declarante de Renta? *

- (●) SI
- ( ) NO

48

Se firma en la Ciudad de Bogotá D.C., el día. *

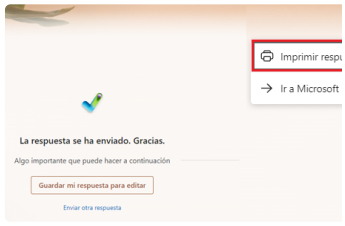
9/1/2025

49

Al aceptar, certifica bajo gravedad de juramento la veracidad de la información aquí registrada. *

- (●) Acepto

Como realizar la impresión y entrega de los documentos soportes!



Para realizar la impresión del formulario, una vez de clic en **enviar**, se visualiza la imagen anterior y en la parte superior derecha resaltada en color rojo en los tres puntos se despliega y allí se encuentra la opción de **imprimir respuesta en formato PDF**.

NOTA: Recuerde que esta impresión es el documento soporte que debe adjuntar para el primer pago.