	FORMATO SOLICITUD DISMINUCION DE RETENCION EN LA FUENTE	CÓDIGO: GF-FT-07
		VERSIÓN: 02
	GESTIÓN FINANCIERA TESORERÍA Y CONTABILIDAD	FECHA: 16/01/2023
		PÁGINAS 2

Fecha: 2 de enero de 2024.

Señores

AGENCIA DISTRITAL PARA LA EDUCACION SUPERIOR, LA CIENCIA Y LA TECNOLOGIA ATENEA

Ciudad

Yo, **Felix Antonio Ortiz Suarez** identificado(a) con C.C. No. **79.918.954**, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2010 de 2019 “Ley de Crecimiento Económico”, informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. He Contratado o Vinculado dos (2) o más Trabajadores asociados a la actividad (Artículo 383 E.T, Parágrafo 2). *(Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%)*.

SI ☐ NO ☒

2. En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, Artículo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que tengo dependientes a cargo:

SI ☒ NO ☐

En caso de que marque SI, Anexar soporte, (si es hijo menor 18 años anexar registro civil, y si son los padres anexar certificación firmada por contador público).

3. Adjunto copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo con el Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI ☐ NO ☒

Cra. 10 # 28-49 – Torre A, Piso 26.


(601) 6660006

Bogota D.C – Colombia

atencionalciudadano@agenciaatenea.gov.co

www.agenciaatenea.gov.co

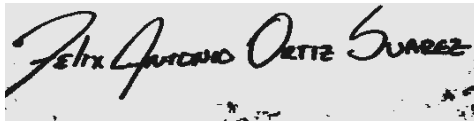


	FORMATO SOLICITUD DISMINUCION DE RETENCION EN LA FUENTE	CÓDIGO: GF-FT-07
		VERSIÓN: 02
	GESTIÓN FINANCIERA TESORERÍA Y CONTABILIDAD	FECHA: 16/01/2023
		PÁGINAS 2

4. Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, seguros salud o plan complementario, de acuerdo con el Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI ☐ NO ☒

Cordialmente,



Nombre: Felix Antonio Ortiz Suarez
C.C. 79.918.954 de Bta.



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

58281879

NUIP

1141130812

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registradora ☐ Notario ☒ Número 67 Consuleta ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código D T Y

** COLOMBIA, CUNDINAMARCA, BOGOTÁ D.C. *****

Datos del inscrito

Primer Apellido ORTIZ Segundo Apellido RONCANCIO
Nombre(s)

ALEJANDRO

Fecha de nacimiento Año 2014 Mes MAY Día 10 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo 0 Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento sin Inspección)
COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTÁ

Tipo de documento antecedente a Declaración de nacidos

SOLICITUD ESCRITA

Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

RONCANCIO PEÑA CLARA INES

C.C. No. 21177572 DE ACACIAS

COLOMBIANA

Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)
Apellidos y nombres completos

ORTIZ SUAREZ FELIX ANTONIO

C.C. No. 79918954 DE BOGOTÁ

COLOMBIANA

Datos del declarante

ORTIZ SUAREZ FELIX ANTONIO

C.C. No. 79918954 DE BOGOTÁ

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Fecha de inscripción

Año 2020 Mes SEP Día 04

Nombre y firma del funcionario que autoriza

ANA LUCIA JOJOA JOJOA
Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO