**CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA**

**ARTICULOS 330 Y 383 E.T**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía No \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ expedida en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, manifiesto bajo la gravedad de juramento, que SI ( ) NO ( ) 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 ( ) NO ( ) soy declarante de renta por el año gravable 20\_\_.

Esta información se presenta como respaldo de mis condiciones tributarias para el contrato No \_\_\_\_ del año \_\_\_\_.

Este formato estará sujeto a cambios y modificaciones que la DIAN reglamente sobre la ley 1819 del 29 de diciembre de 2016.

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](http://actualicese.com/normatividad/2013/01/25/decreto-0099-de-25-01-2013/), 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 1819 de 2016. CERTIFICO QUE: (Seleccione para cada concepto con una X según corresponda):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **CONCEPTO** | **SI** | **NO** |
| Pertenezco al Régimen Común del Impuesto a las ventas |  |  |
| Efectúa aportes a cuenta AFC (Ahorro fomento para la construcción) *(ANEXAR SOPORTE DE PAGO DE APORTE MENSUAL)* |  |  |
|
| A la fecha del presente efectúo aportes VOLUNTARIOS a pensión (*DIFERENTES A LOS OBLIGATORIOS* - *ANEXAR CERTIFICACIÓN)* |  |  |
|
| 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: **2017** (*ANEXAR CERTIFICACIÓN)* |  |  |
|
| Certificación pagos a medicina prepagada y/o Planes Adicionales de Salud valor pagado año: **2017** *(ANEXAR CERTIFICACIÓN)* |  |  |
|
| Certificó que tengo dependientes, de acuerdo a los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del [E.T](http://www.gerencie.com/estatuto-tributario.html). 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. |  |  |

Se expide y firma a los (\_\_) días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre:

C.C:

Dirección laboral:

Teléfono laboral:

Correo electrónico institucional: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@gobiernobogota.gov.co

Nota: Todos los campos son de obligatorio diligenciamiento.