**Señores: *Ministerio de Educación Nacional***

En cumplimiento de la ley 1819 de 2016 y para efectos de la depuración de la base para el cálculo de la retención en la fuente, bajo la gravedad de juramento certifico que:

1. **INFORMACIÓN GENERAL**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **CONTRATO** | **Numero #** | N° | **De**  | [Año del Contrato] |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contratista** (Nombre completo) |  |
| **Identificación** (NIT, CC, etc.) |  | **DV** |  |

1. **RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Estoy obligado (a) a presentar declaración de renta por el año gravable inmediatamente anterior:
 | Elija un elemento. |
| 1. Soy responsable de impuesto a las ventas (IVA) (Sí o No)
 | Elija un elemento. |
| 1. Actividad económica tributaria para impuestos distritales (de acuerdo con el Registro Información Tributaria RIT)
 |
| Elija un elemento. |
| 1. Ley 1819 de 2016, artículo 17° Parágrafo 2. “La retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales obtenidos por las personas que informen que no han contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad.”
 | ¿Contraté más de dos personas?Elija un elemento. |
| 1. Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así
 | Registre aquí. **%** |

1. **DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE**

Los aportes obligatorios y voluntarios establecidos por las normas vigentes que presento mensualmente son:

**Aportes en Seguridad Social**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tipo | Si / No | Entidad SSGF |
| Aportes – Salud | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
| Aportes - Pensión | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
| Aportes – ARL | Elija un elemento. | Elija un elemento. |
| Aportes – Caja de Compensación | Elija un elemento. | Elija un elemento. |

Soportes

*Mensualmente presento la copia del pago de la planilla por el pago obligatorio al Sistema de Seguridad Social, en cumplimiento del decreto 1273 de 2018; y mis aportes son derivados del ingreso facturado o cobrado mediante la presentación del documento equivalente y en ejecución del contrato referido en la 1a sección de la presente certificación*

**Beneficios Tributarios**

| Tipo | Si / No | Soportes |
| --- | --- | --- |
| Intereses de Vivienda | Elija un elemento. | *Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.* |
| *Para fines del beneficio tributario del 50% o 100% del valor del deducible por concepto de INTERESES SOBRE PRESTAMOS PARA ADQUISICION DE VIVIENDA, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje: Elija un elemento.* ***%*** |
| Medicina Prepagada | Elija un elemento. | *Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.* |
| Aportes en cuentas AFC | Elija un elemento. | *Aportes Voluntarios - AFC: mensualmente anexo copia de la consignación o transferencia electrónica.*  |
| Aportes en Pensiones Voluntarias | Elija un elemento. | *Aportes Voluntarios - Pensiones: mensualmente anexo copia de la consignación o transferencia electrónica.* |
| Dependientes | Elija un elemento. | 1. *Para hijos menores de 18 años, anexa copia del registro civil.*
2. *Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, anexar copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.*
3. *Para Hijos mayores de 23 años y/ o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, anexar certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.*
4. *Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, anexar Certificación anual de Contador Público.*
 |

Relación de Dependientes

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre y apellidos (completos) |  |
| ID (CC, TI, etc.) |  |
| Fecha de Nacimiento | *Seleccione la fecha* |
| Calidad del Dependiente |  |

1. **Firma e información de Contacto**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma |  |  |  |
|  |  | Dirección |  |
|  |  | Teléfono |Celular |  |
|  |  | Correo Personal |  |
| CC / NIT. : |  | Correo Institucional |  |

Original: Subdirección de Gestión Financiera – Central de Cuentas

Copia: Subdirección de Contratación – Carpeta del contrato