



El futuro  
es de todos

Unidad para la atención  
y reparación integral  
a las víctimas

## GUIA PARA LA CERTIFICACIÓN DE CONDICION DECLARANTE

Es el documento que el contratista debe anexar con la cuenta de cobro para definir base de Retención en la Fuente

# FORMATO DE CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE DECLARANTE

Este formato actualizado Versión 06 lo encuentra por la siguiente ruta:

<https://www.unidadvictimas.gov.co/es/prueba-sig/Gestion-de-Talento-Humano>

## Fecha

La fecha que debe escribir en este formulario es el último día del mes; en este caso, 31 de enero de 2019.





### CERTIFICACIÓN DE CONDICIÓN DE DECLARANTE

(Ley 1819 de 2016 - Reforma Tributaria)

Fecha

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con cédula de ciudadanía número, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, como persona natural, dando cumplimiento a la Ley 1819 de 2016, certifico que:

1. EL tipo de vinculación es:

Empleado Público

Contratista

2. Las fuentes de mis recursos son:

|  |         |
|--|---------|
| Contrato con la Unidad Para la Atención Y Reparación Integral a Las Víctimas | 100 %   |
| Contrato con Otras Entidades   | _____ % |
| Total  | 100 %   |

- a. Durante el año 2018 mis ingresos superaron 1.400 UVT? (\$46.418.000) SI  NO
- b. Declarante del impuesto sobre la renta por el año 2018? SI  NO
- c. Aportes Obligatorios de ARL? (\*) SI  NO
- d. Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones/AFC? (\*) SI  NO
- e. Pagos a Medicina Prepagada /Seguros de Salud? (\*) SI  NO
- f. Pagos por intereses de vivienda? (\*) SI  NO
- g. Dependientes? (\*) SI  NO

(\*) Adjuntar recibos de pago y/o certificaciones

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información contenida aquí es cierta y me comprometo a informar a mi contratante cualquier cambio.

Cordialmente,

Firma \_\_\_\_\_



# FORMATO DE CERTIFICACION DE CONDICION DE DECLARANTE



Cuando el contratista marque (SI) en AFC debe adjuntar los siguientes documentos:

- Carta de autorización para el descuento de AFC, esta debe enviarse cada mes junto a la cuenta de cobro.
- Certificación Bancaria de la cuenta de AFC con estado activa. Con expedición no mayor a Treinta (30) días



**BBVA Colombia**  
**NIT 860.003.020-1**  
**Certifica**

Que nuestro(a) cliente **JAIME ANDRES OSPINA ECHEVERRI**, identificado(a) con **cédula de ciudadanía número 1.098.306.852** se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la **CUENTA DE AHORROS AFC No. 181269036** aperturada el **04 de julio del 2017**, cuenta **activa** y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese. a los **12 días** del mes de **junio** del año **2018**.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: **0181269036**

Cuenta de 16 dígitos: **0181000200269036**

Cuenta de 20 dígitos: **00130181000200269036**

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente  
BBVA Colombia

*Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.*

# CERTIFICACIÓN CUENTA BANCARIA AFC



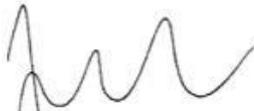
Bogotá, 7 de mayo de 2018.

Señores  
Unidad de Víctimas  
Ciudad.

**Asunto:** Autorización descuento – AFC

Amablemente autorizo para que de los honorarios correspondientes al mes de abril del contrato No. 399, sea descontado y consignado a la cuenta AFC del BBVA, la suma de \$1.500.000.

Cordialmente



Jaime Andrés Ospina Echeverri  
C.C. 4098306852

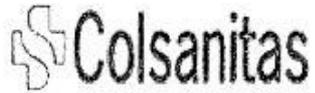
- CARTA DE AUTORIZACIÓN AFC ( esta debe ser mensual)



Cuando el contratista marque (SI) en Medicina Prepagada debe adjuntar los siguientes documentos:

- Certificación de Medicina Prepagada (El certificado debe ser del año 2018) a nombre del contratista





COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 860.078.828-7

Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá  
y fuera de Bogotá 018000979020

**CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA**

Bogotá, 07 de mayo de 2018

**A QUIEN CORRESPONDA**

COLSANITAS certifica: que durante el año gravable 2017, SANDRA MILENA CEPEDA GOMEZ identificado (a) con CC No. 46453081, Titular del Contrato No.1010339922, pago por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

| APELLIDOS Y NOMBRES            | DOCUMENTO   | PARENTESCO | PERIODO     | VR NETO     | VALOR IVA | TOTAL       |
|--------------------------------|-------------|------------|-------------|-------------|-----------|-------------|
| SANDRA MILENA CEPEDA GOMEZ     | CC 46453081 | TITULAR    | 01-01/31-12 | \$2.547.600 | \$127.380 | \$2.674.980 |
| POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS |             |            |             | \$221.712   | \$11.088  | \$232.800   |

**LA SUMA DE: \$2.907.780 (DOS MILLONES NOVECIENTOS SIETE MIL SETECIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE)**

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, artículo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

- **CERTIFICADO DE MEDICINA PREPAGADA**



El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

Cuando el contratista marque (SI) en Pagos de intereses de Vivienda debe adjuntar los siguientes documentos:

- Certificación de intereses de vivienda (El certificado debe ser del año 2018 ) a nombre del Contratista.





**CERTIFICADO SOBRE CREDITO HIPOTECARIO  
AÑO GRAVABLE 2017**

**CREDITO DE VIVIENDA**

Nombre del Titular.....: SANDRA MILENA CEPEDA GOMEZ  
Número de Documento.....: 46453081  
Nombre del Titular 2 .....: CRISTIAN FEDERICO MOLANO MONROY  
Número de Documento.....: 74185470  
Número de Crédito.....: 7418547008  
Fecha de Desembolso.....: 06/06/2012

|  |            |     |                  |
|--|------------|-----|------------------|
| Valor Desembolsado Año Gravable.....:          |            |     | \$ 75,000,000.00 |
| Saldo a .....:                                 | 12/31/2017 | ( ) | \$ 99,375,418.35 |
| Saldo a .....:                                 | 12/31/2016 | ( ) | \$ 62,589,369.07 |
| Pagos del Período ( Capital e Intereses).....: |            |     | \$ 9,369,280.58  |
| Valor Deducible por Intereses y LVR Pagados:   |            |     | \$ 6,155,329.66  |

Fecha de Generación.....: 12/31/2017

PARA PRESTAMOS DE ADQUISICION DE VIVIENDA, LA DEDUCCION ESTARA LIMITADA A 1,200 UVT EQUIVALENTES A \$ 38,231,000.00 PARA EL AÑO GRAVABLE DE 2017 SEGUN ART.51 DE LA LEY 11111 E 27 DE DICIEMBRE DE 2006, QUE ADICIONA EL ART. 868-1 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO.

NO REQUIERE FIRMA ( ART. 30 D.R. 836/91)

- CERTIFICADO DE INTERES DE VIVIENDA**



**El futuro es de todos**

**Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas**

Cuando el contratista marque (SI) en Dependientes debe adjuntar los siguientes documentos:

- En caso de ser hijos menores de 18 años anexar Registro Civil De Nacimiento o certificación de estudios si es mayor a 18 años y menores de 25 años.
- En caso de tener padres o hermanos dependientes, se debe anexar documento de identificación y certificado que de fe de lo anterior, suscrito por Contador Publico y anexar tarjeta profesional.



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1027212004

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 52413020



**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registratura  Notaría  Número 22 Consueño  Comprobatario  Inspección de Policía  Código A 9 D  
 País: Departamento - Municipio - Corregimiento en Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL

**Datos del inscrito**

Primer Apellido Segundo Apellido

SANCHEZ FORERO

Nombre(s)

LUISA FERNANDA

Fecha de nacimiento Sexo (en letras) Otros señalamientos Factor B01

Año 2013 Mes 01 Día 22 FEMENINO "A" POSITIVO

Local de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento en Inspección de Policía)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL

**Tipo de documento antecedente a Declaración de nacimiento**

CERTIFICADO NACIDO VIVO/REGISTRO/SENTENCIA Número certificado de nacido vivo

11837652 7

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

FORERO ROZO ANA MARIA

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. # 53.000.608 DE BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL

Nacionalidad

COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ JIMENEZ LUIS MARUEL

Documento de identificación (Clase y número)

C.C. # 1.007.095.107

Nacionalidad

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

JUZGADO DIECIOCHO DE FAMILIA DE BOGOTÁ DISTRITO CAPITAL RADICADO

Documento de identificación (Clase y número)

20130111700 - SENTENCIA DEL 9 DE SEPTIEMBRE DE 2015.

Firma

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número)

Firma

**Fecha de inscripción**

Año 2015 Mes 01 Día 20

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
SECRETARÍA DE JUSTICIA Y DEL DERECHO  
CONSUELO ULLOA ULLOA  
Nombre y firma del Registrador  
CONSUELO ULLOA ULLOA  
Nombre y firma

SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO

# Registro Civil de Nacimiento



El futuro es de todos

Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas

**NOTA:** Los certificados de pago a medicina prepagada / seguros de salud y certificado de pagos de vivienda del año 2017 se recibe en la cuenta de cobro de enero y febrero.

En la cuenta de cobro del mes de marzo estos certificados se deben adjuntar con año 2018.



iGracias!