

SOLICITUD DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA Y PROFESIONAL DE PERSONAS NATURALES PARA CONTRATACIÓN CIVIL

INSTRUCTIVO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA

“En el siguiente [Enlace](#), podrá descargar el instructivo de información tributaria”

FORMATO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA DE CONTRATISTAS

Bogotá, D.C., _____ (Incluir fecha)

“Yo _____, (incluir nombre y apellido), identificado con documento de identidad _____ (especificar si el documento de identificación que corresponda: cédula de ciudadanía/ cédula de extranjería/ otro) Número _____, (incluir el número del documento) en calidad de contratista de la Universidad de Los Andes, en cumplimiento de la ley 1819 de 2016 y sus decretos reglamentarios, expedidos por el Gobierno Nacional, me permito manifestar, lo siguiente:

A. INFORMACIÓN PARA EFECTOS DE CLASIFICACIÓN TRIBUTARIA (información obligatoria): Marque la opción que corresponda:

1. Soy residente en Colombia. **SI**___/ **NO**___.
2. Soy residente fiscal en Colombia (obligaciones tributarias en Colombia)
SI ___. Por favor diligenciar el punto “B”
NO ___. Por favor no diligenciar el punto “B”

B. INFORMACIÓN PARA EFECTOS DE DEPURACIÓN DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE: (Deducciones).

Solicitud a la Universidad para que se tenga en cuenta la depuración de la base gravable de la retención en la fuente para el pago de honorarios por la existencia de alguno(s) de los siguientes conceptos: **Marque la opción que corresponda:**

1. Certificado sobre intereses y corrección monetaria pagados sobre préstamos para adquisición de vivienda: **SI**___/ **NO**___.

NOTA: Para que se tenga en cuenta esta deducción, el contratista debe allegar con el presente formato, certificado de los intereses pagados por crédito de vivienda en el año inmediatamente anterior.

2. Pagos a alguna entidad de medicina prepagada: **SI**___/ **NO**___.

NOTA: Para que se tenga en cuenta esta deducción, el contratista debe allegar con el presente formato, el certificado de los pagos en el año inmediatamente anterior.

3. Tengo personas dependientes económicamente a mi cargo: Hijos, padres, cónyuge, hermanos: **SI**___/ **NO**___

De acuerdo a la presente manifestación, el contratista debe entregar los documentos que acredite esta dependencia económica, según corresponda, de acuerdo al siguiente cuadro:

TIPO DE DEDUCCIÓN	A QUIENES APLICA	DOCUMENTO PARA ACREDITAR DEDUCCIÓN
10% de los ingresos por concepto de dependientes* (*) Dependientes: -Hijos menores de 18 años -Hijos entre 18 y 23 años que se encuentran estudiando -Hijos entre 18 y 23 años en situación de Dependencia por razones físicas o Psicológicas Cónyuge, padres y hermanos en situación de dependencia económica o por razones físicas o Psicológicas	Cónyuge, hijos, padre y hermanos	<ul style="list-style-type: none"> • Para hijos menores de 18 años: registro civil • Para hijos entre 18 y 23 años: registro civil y copia del pago de matrícula cancelado • Para cónyuge, padres y hermanos en situación de dependencia económica: que tengan ingresos anuales inferiores a (260 UVT), un certificado expedido por contador público. • Para hijos mayores de 23 años, cónyuges, padres y hermanos en situación de dependencia por situaciones físicas o psicológicas: dictamen médico expedido por medicina legal o las Empresas Administradoras de Salud.

NOTA: El contratista puede entregar los documentos en los primeros 5 días de cada mes al correo: "contrato.civiles@uniandes.edu.co".

INDUCCIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

La Universidad de los Andes, le da la bienvenida a sus instalaciones y campus universitario.

Hacemos entrega de la información relacionada con la Inducción de Seguridad y Salud en el Trabajo en el cual encontrará los siguientes contenidos:

- ✓ Política de seguridad y salud en el trabajo de la Universidad de los Andes.
- ✓ Reglamento de Higiene y Seguridad Industrial.
- ✓ Clasificación de Peligros.
- ✓ Responsabilidad de los trabajadores en seguridad y salud.
- ✓ Funciones del Comité Paritario de Seguridad y Salud en el Trabajo COPASST.
- ✓ Como reportar: accidente de trabajo, emergencias, incidentes, actos y condiciones inseguras.
- ✓ Horarios y lugares de atención del servicio médico.
- ✓ Servicios que presta el área de salud ocupacional.
- ✓ Sistema de Atención de Emergencias – SAE.

Consulte la inducción en seguridad y salud en el trabajo en el siguiente enlace: [Enlace](#)

Declaro que he leído la política de seguridad y salud en el trabajo de la Universidad de los Andes.

Marque la opción que corresponda:

- SI
- NO

FIRMA ELECTRÓNICA

Firma electrónica: Expresión de NO repudio (Electronic Signature: Expression of no-repudiation)

Por intermedio del presente documento, en mi calidad de persona natural quien para los efectos del contrato civil actúa como contratista, manifiesto y declaro que se entiende prestado con la sola suscripción del presente documento, que seré yo la persona que firmará de manera electrónica dicho documento, que mi correo electrónico profesional, mismo al que se enviará el contrato, es:

Correo electrónico: _____

Teniendo en cuenta lo anteriormente planteado, manifiesto que no repudiaré ni cuestionaré la firma electrónica del contrato de la referencia, aceptando de manera plena y en todo caso las consecuencias legales y obligaciones que se desprendan del mismo.

Declaro que tengo conocimiento y estoy de acuerdo en el uso de la firma electrónica y reconozco que los efectos legales son iguales a la firma autógrafa.

- Si estoy de acuerdo
 No estoy de acuerdo

EXÁMENES PRE OCUPACIONALES

En cumplimiento de la normatividad vigente, en especial lo dispuesto en el Decreto 723 de 2013 (compilado en el Decreto 1072 de 2015 Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo), los contratistas deben efectuarse un examen médico pre ocupacional el cual debe ser allegado a la Universidad dentro de los seis (6) meses posteriores al perfeccionamiento del contrato respectivo, cuyo costo será asumido por el contratista.

Recuerde que este examen debe ser realizado por médicos especialistas en medicina del trabajo o salud ocupacional, con licencia vigente en salud ocupacional y tendrá vigencia máxima de tres (3) años. El contratista debe allegar con el presente formato, el certificado correspondiente.

Si usted aún no dispone del certificado médico ocupacional, recuerde que debe enviarlo, al correo contrato.civiles@uniandes.edu.co

Para facilitar la obtención de este examen, los contratistas podrán consultar en el siguiente [enlace](#), el listado con algunas de las empresas autorizadas (sedes, información de contacto y precio estimado).

- Se adjunta certificado
 Lo enviare antes de la firma del contrato

DATOS DEL CONTRATISTA:

Nombres: _____

Apellidos: _____

Tipo de identificación:

- Cedula de Ciudadanía
 Cedula de Extranjería
 Pasaporte
 Permiso Especial de Permanencia (PEP)

Número de identificación: _____

Nacionalidad: _____

Ciudad de residencia: _____

Dirección de residencia: _____

Formación académica:

Pregrado: _____

Posgrado: _____

Tarjeta o matricula profesional:

SI: ___ NO: ___ (Adjuntar fotocopia)

EPS: _____

AFP: _____

ARL: _____

Número telefónico: _____

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información suministrada y consignada en esta declaración es real y veraz.

Firma del Contratista:

Doc. Identificación: _____