MINSALUD Supersalud TODOS POR UN NUEVO PAÍS PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

DECLARACION CLASIFICACION DE INGRESOS
PARA EFECTOS EN RETENCION POR CONCEPTO DE RENTA

Yo, **Zulma Jazmín Vargas Trujillo**, identificado (a) con C.C. No.52426422, con domicilio principal en la ciudad de Bogotá, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, declaro:

1. De acuerdo a lo establecido en el artículo 330 del Estatuto Tributario (E.T.). los ingresos derivados de la ejecución del Contrato No. 078 de 2019 firmado con la Superintendencia Nacional de Salud corresponden a Rentas de Trabajo (artículo 103 E.T.)[1].

   SI x NO _____

2. Para la ejecución de la actividad derivada del contrato No. _____ firmado con la Superintendencia Nacional de Salud, he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la misma, por más de noventa (90) días continuos o discontinuos (Parágrafo 2, artículo 383 E.T.).

   SI _____ NO x

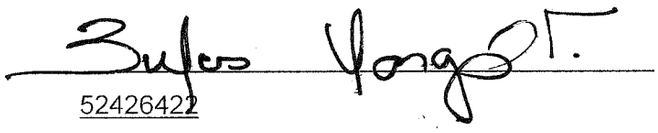
3. De acuerdo a lo establecido en el parágrafo 3 del artículo 383 del Estatuto Tributario, solicito y autorizo efectuar retención en la fuente por concepto de renta superior a la tarifa resultante de aplicar el procedimiento establecido.

   SI _____ NO x

   Tarifa que se solicita y autoriza aplicar _____%

[1] ESTATUTO TRIBUTARIO. ARTICULO 103. DEFINICIÓN. (modificado por el artículo 21 de la Ley 633 de 2000). Se consideran rentas exclusivas de trabajo, las obtenidas por personas naturales por concepto de salarios, comisiones, prestaciones sociales, viáticos, gastos de representación, honorarios, emolumentos eclesiásticos, compensaciones recibidas por el trabajo asociado cooperativo y, en general, las compensaciones por servicios personales.

Esta declaración la hago a los 04 días del mes de marzo del año 2019 de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7°, Decreto 19 de 2012 (prohibición de declaraciones extra-juicio), con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, para que surta efectos legales y tributarios.

Firma: 

C.C.: 52426422

Dirección: Calle 23d N 85 a 51 interior 6 apto 117 Alamedas de Modelia

Ciudad: Bogotá

Teléfono: 3006183773

Correo electrónico zulmavargastrujillo@gmail.com

CERTIFICACION PARA DEDUCCIONES EN BASE GRAVABLE DE RETENCION

En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 99 de 2013, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, declaro las siguientes condiciones para acceder a descuentos de la base gravable para retención en la fuente por concepto de renta, para los pagos o abonos en cuenta efectuados a mi nombre:

DEPENDIENTES.

De acuerdo al artículo 2°, parágrafo 3° del Decreto 99 de 2013, son mis dependientes las siguientes personas (hijos, cónyuge, padres)

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	PARENTESCO

Anexo:

1. Para hijos con edad entre 18 y 23 años, anexar Certificación Semestral de pago matricula Educación Superior o Técnica expedida por la respectiva entidad educativa. _____
2. 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 o EPS. _____
3. Para cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año 2018 menores a 260 UVT ($8.620.560.oo), anexar Certificado Anual de Contador Público. _____
4. Registro Civil de nacimiento (para hijos) _____.
5. Registro Civil de Matrimonio para cónyuge o Extrajuicio de dependencia económica compañero (a) permanente) _____

Certifico igualmente que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes cumple las restricciones establecidas en el parágrafo 4° del artículo 2° del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicitan por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

CERTIFICACIÓN PAGOS DE SALUD EFECTUADOS DURANTE EL AÑO 2018.

Anexo certificación de pagos efectuados durante el 2018 por concepto de Seguros de Salud, Planes Complementarios o Planes de Medicina Prepagada, en el cual soy el titular x.

CERTIFICACIÓN PAGO INTERESES DE VIVIENDA DURANE EL AÑO 2018.

Anexo certificación de pagos efectuados por Créditos Hipotecarios, Leasing Habitacional o Libre Inversión en la que demuestro que fue utilizado para compra de vivienda de habitación durante el 2018, del cual soy el titular _____.

Esta declaración la hago a los 04 días del mes de marzo del año 2019 conformidad con lo dispuesto en el Artículo 7° (prohibición de declaraciones extra juicio) del Decreto 19 de 2012, con destino a la Superintendencia Nacional de Salud, para que surta efectos legales y tributarios.

Firma: _____

C.C.: 52426422

Dirección: Calle 23d N 85 a 51 interior 6 apto 117 Alamedas de Modelia

Teléfono: 3006183773

Correo electrónico zulmavargastrujillo@gmail.com

Ciudad: Bogotá

Nota: Si su RUT o RIT ha sido modificado desde la última actualización a la Supersalud, por favor entregar copias actualizadas al Grupo de Contabilidad.