## DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Rionegro, 30 de enero de 2025

Señores
**ESO RIONEGRO S.A.S**
Rionegro

**Asunto: Declaración Juramentada para disminuir la base gravable de la retención en la fuente por renta y certificación de calidad de declarante del citado impuesto.**

De manera atenta, y de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 1 del Decreto Nacional N° 2271 de 2009, presento solicitud para disminuir la base de retención en la fuente con los aportes que realizo al sistema de seguridad social por el contrato Nro. 199-2024-PS

Para tal efecto **CERTIFICO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO** que:

a. Declaro bajo gravedad de juramento que SI___ NO_X__ enfrentare costos y gastos a mis rentas de trabajo a final del año 2025

b. Los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a ingresos provenientes de la prestación de servicios de manera personal del contrato materia del pago sujeto a revisión.

c. El valor a disminuir de la base de retención en la fuente corresponde al periodo que origina el pago comprendido entre el 01 y el 30 de enero de 2025.

d. Los aportes realizados al sistema de seguridad social según planilla No. 1069808969, los cuales adjunto corresponden a este contrato.

e. El monto para disminuir la base de Retención en la Fuente por concepto de Salud, Pensión y ARL, SIN INTERESES DE MORA es:

| | |
|---|---|
| SALUD | $225.000 |
| PENSIÓN | $288.000 |
| ARL | $9.400 |
| TOTAL | $522.400 |

Para efecto de determinación de la tarifa de la retención en la fuente por renta aplicable a los pagos del citado contrato, **CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** que cumplo con los topes establecidos para el año gravable 2025 para ser (elegir entre **DECLARANTE O NO DECLARANTE)**

**_X__ DECLARANTE** **____ NO DECLARANTE**

Que estoy entregando los siguientes documentos para efectos de disminuir la retención en la fuente:

- Certificado bancario del pago de intereses o corrección monetaria por préstamos para adquisición de vivienda, del trabajador (o el costo financiero en un contrato de Leasing), pagados del año inmediatamente anterior (entre el 1 de enero al 31 de diciembre 2024).

  SI ( ) NO (X)

- Pagos realizados en el año inmediatamente anterior (entre el 1 de enero al 31 de diciembre 2024) por concepto de seguros de salud- póliza.

  SI ( ) NO (X)

- Certificado de pagos realizados por medicina prepagada para protección del trabajador, cónyuge, hijos y/o dependientes, realizadas del año inmediatamente anterior (entre el 1 de enero al 31 de diciembre 2024)

  SI ( ) NO (X)

- Registro civil, certificado de estudio, certificado por contador público o certificado por medicina legal, según aplique por concepto de "Personas a cargo" SI ( )NO (X) y son los siguientes:

| NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | CALIDAD DE DEPENDIENTE |
|---|---|---|
| | | |
| | | |

Atentamente,

FIRMA:

NOMBRE: ANDRÉS ALEJANDRO OCAMPO ARBELÁEZ

DOCUMENTO: 1.037.641.068 de Envigado, Antioquia.