HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E. LÉRIDA – TOLIMA **Nit 800.116.719-8**	**FORMATO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA**	

Ibagué, Agosto 23 del 2025

Señores
HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E DE LERIDA TOLIMA

Yo, JOSÉ GERARDO GOMEZ MARTINEZ identificado(a) como aparece al pie de mi correspondiente firma, para efectos de aplicación de retención en la fuente año gravable 2025 bajo la gravedad de juramento manifestó:

1. SI SOY RESPONSABLE DE IVA ____ NO SOY RESPONSABLE DE IVA _X__

2. **SI** _**X**_ **NO** __ soy contribuyente del impuesto sobre la renta y complementarios para el año gravable 2025.

3. De conformidad a la Ley 2277 de diciembre 13 de 2022 del Congreso de Colombia y al Decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 del Ministerio de Hacienda y Crédito Público, de igual manera bajo gravedad de juramento manifiesto:

   SI __ **NO** _**X**_ tomaré costos y deducciones (Costos y Gastos), asociados a mis rentas de trabajo que no provienen de una relación laboral o legal y reglamentaria en mi declaración de renta 2025.

   Nota: Si la respuesta es Si la retefuente aplicable será la tarifa general según corresponda, Si la respuesta es No la retefuente aplicable será la del Art. 383 del ET y se hace necesario diligenciar las siguientes preguntas.)

4. **SI** __ **NO** _**X**_ realizo pagos de intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda (hasta 100 UVT mensuales). En caso afirmativo certifico que este no está siendo utilizado por otro contribuyente. Anexo el respectivo soporte.

5. **SI** __ **NO X**__ realizo pagos efectuados por contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada o seguros de salud vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud (hasta 16 UVT mensuales). En caso afirmativo certifico que este no está siendo utilizado por otro contribuyente. Anexo el respectivo soporte.

6. **SI** __ **NO** _X_ cuento con dependientes. En caso afirmativo, esta deducción no está siendo utilizada por otro contribuyente, en relación con el o los siguiente (s) dependiente (s):

HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E. LÉRIDA – TOLIMA **Nit 800.116.719-8**	**FORMATO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA**	

Item	Nombre	Documento de Identidad	Parentesco	Calidad de Dependiente
1				
2				
3				

Marque con X la(s) solicitud(es) que desea realizar:

☐ 1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

* Anexar registro civil - tarjeta de identidad

☐ 2. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

* Anexar certificado de estudio

☐ 3. Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes.

* Anexar Certificado emitido por Entidad Competente.

☐ 4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

* Anexar certificación de contador público, en la que conste la ausencia de ingreso, o ingresos en el año menores a 260 UVT o certificado medicina legal según el caso.

☐ 5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

* Anexar certificación de contador público, en la que conste la ausencia de ingreso, o ingresos en el año menores a 260 UVT o certificado medicina legal según el caso.

Adicionalmente manifiesto que los documentos adjuntos corresponden a los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riegos Laborales, que se originaron con ocasión al Contrato suscrito con el HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E DE LERIDA TOLIMA.

HOSPITAL ESPECIALIZADO GRANJA INTEGRAL E.S.E. LÉRIDA – TOLIMA **Nit 800.116.719-8**	**FORMATO DE IDENTIFICACION TRIBUTARIA**	

FIRMA: __

_____

C.C.No. 93.358.060 expedida en Ibagué