	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	Código	GFIF02
Salud	FORMATO	DECLARACIÓN JURAMENTADA DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN	Versión	07

Bogotá D.C.,

Señores
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
Ciudad

Yo **CARLOS FABIAN MENESES PAEZ** identificado con cedula de ciudadanía **1.110.472.454** de Ibague, Contrato de Prestación de Servicios **No: 1705 de 2025**

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que**:

1.	Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente	**SI**	X	**NO**	
2.	Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA	**SI**		**NO**	X
3.	En el año anterior o en el año en curso he obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, inferiores a 3.500 UVT.	**SI**	X	**NO**	
4.	Tengo otros contratos suscritos con el Estado que superan las 4.000 UVT ***(Si la suma de estos contratos es igual o superior a 4.000 UVT es responsable de IVA)***	**SI**		**NO**	X
5.	Pertenezco al régimen de tributación simple - **RTS** según lo estipulado en el RUT ***(Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)***	**SI**		**NO**	X
6.	Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia aplicaré costos y deducciones correspondientes a los ingresos provenientes del contrato suscrito con el Ministerio de Salud y Protección Social. ***(Si marca "SI" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 392 del E.T. según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 383 del E.T)***	**SI**		**NO**	X

7. De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	DOCUMENTO
MARIA PAZ MENESES ROJAS	5	HIJA	1188972514
JUAN ESTEBAN MENESES ROJAS	14	HIJO	1070604702

(Adjuntar según el caso: registro civil, certificado contador público, certificado de antecedentes disciplinarios, certificados de pago de estudios por semestre, certificado médico etc). Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.

8.	Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda ***(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)***	**SI**		**NO**	X

Para fines del beneficio tributario del valor del deducible por el concepto antes señalado, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8°, DUR 1625 de 2016 Art 1.2.4.1. 6 solicito que la deducción prevista sea del siguiente porcentaje: _**N/A %.**

9.	Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción) ***(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria).***	**SI**		**NO**	X
10.	Realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios) ***(Adjuntar mensualmente a la cuenta el soporte de la consignación, en donde indique nombre del titular, número de la cuenta y tipo de cuenta (AFC, AVC, Pensión voluntaria)***	**SI**		**NO**	X
11.	Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud ***(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)***	**SI**		**NO**	X
12.	Soy Pensionado ***(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)***	**SI**		**NO**	X
13.	Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones ***(Adjuntar soporte de devolución)***	**SI**		**NO**	X
14.	**PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la **presente** cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto.	**SI**		**NO**	X
15.	**PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta).	**SI**	X	**NO**	

16. Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

17. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.

Para constancia se expide y se firma a los (06) días del mes de Noviembre de 2025

_____

Firma Electrónica