

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

Bogotá D.C., 01 de Diciembre de 2025

Señores

FONDO NACIONAL DE ESTUPEFACIENTES

Ciudad

Yo PAOLA CAROLINA ZABALA ÁLVAREZ identificado(a) con cedula de ciudadanía 52886570, Contrato de Prestación de Servicios No: FNE-173-2025

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. Declaro bajo gravedad de juramento que **SI** soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente.
2. Declaro bajo gravedad de juramento que **NO** pertenezco al régimen del impuesto sobre las ventas (IVA) como **RESPONSABLES DE IVA**.
3. Declaro bajo gravedad de juramento que en el año anterior o en el año en curso **NO** he obtenido ingresos brutos totales provenientes de la actividad, inferiores a 3.500 UVT
4. Declaro bajo gravedad de juramento que **NO** 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)

5. Declaro que **NO** pertenezco al régimen de tributación simple - RTS según lo estipulado en el RUT.

(Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47)

6. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, manifiesto que durante la vigencia **NO** 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 artículo 392 del E.T según el caso, si marca "NO" se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del E.T)

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
JUAN ESTEBAN CORREDOR ZABALA	7	Hijo	1016915060

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

8. Declaro bajo gravedad de juramento, que **SI** realicé pago de intereses por préstamo de vivienda.

(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

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

9. Declaro que **NO** 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)

10. Declaro que **NO** 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))

11. Declaro que consigno a Medicina pre-pagada en COMPESNAR PLAN COMPLEMETARIO la suma de **(\$310,000)** TRESCIENTOS DIEZ MIL DE PESOS MCTE.

(Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior)

12. Declaro que **0** soy pensionado(a).

(Adjuntar Resolución o certificación de pensionado)

13. Declaro que **NO** solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones.

(Adjuntar soporte de devolución)

14. **PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** Declaro que **NO** 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.

15. **PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** Declaro que **SI** 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).

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 01 días del mes de Diciembre de 2025

Firmado electrónicamente por: PAOLA CAROLINA ZABALA ÁLVAREZ