Supersubsidio

CÓDIGO	FO-GFP-015
VERSIÓN	3
CREACIÓN	2023

CERTIFICADO TRIBUTARIO

GRUPO DE GESTIÓN FINANCIERA

Señores: SUPERINTENDENCIA DEL SUBSIDIO FAMILIAR

En cumplimiento del Decreto 1625 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria para efectos de la depuración de la base para el cálculo de la retención en la fuente, bajo la gravedad de juramento certifico que:

1. INFORMACIÓN GENERAL

NÚMERO DEL CONTRATO	SSF CPS 203 DE 2026
NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA	Juan Sebastian Rincon Osorio
# DE IDENTIFICACIÓN	1110572601

2. RESPONSABILIDAD TRIBUTARIA

a) Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así: ____ **%**

El incremento en la tarifa de retención en la fuente será aplicable a partir del mes siguiente a la presentación de la solicitud.

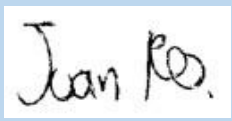
3. DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

APORTES VOLUNTARIOS	SÍ	NO	SOPORTES A PRESENTAR
Aportes en Pensiones Voluntarias	X		*Consignación o certificado de pago en donde se vea el nombre del contribuyente y fecha de pago, que deberá corresponder al mes en el que desea se aplique la deducción*
Aportes en cuentas AFC / AVC		X	

CERTIFICO que los documentos soportes suministrados en la ejecución del contrato por Aportes Voluntarios a Pensiones o en cuentas AFC y FVP, se realizaron sobre los ingresos provenientes del contrato objeto suscrito con la SSF y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato.

BENEFICIOS TRIBUTARIOS (Ley 2277/2022)	SÍ	NO	SOPORTES A PRESENTAR
Intereses de Vivienda		X	***Anexar*** *- Copia del certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.* *Para fines del beneficio tributario del 50% o 100% del valor del deducible por concepto de INTERESES SOBRE PRESTAMOS PARA ADQUISICION DE VIVIENDA, según lo dispone el Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º,* ***solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje*** *:* ____
Medicina Prepagada		X	***Anexar*** *- Copia del certificado expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.*
Dependientes		X	*a) Para hijos hasta dieciocho (18) años de edad* ***anexar*** *copia del registro civil.* *b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años,* ***anexar*** *copia de la certificación semestral del pago de la matrícula expedida por la respectiva entidad educativa.* *c) Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean* ***certificados por Medicina Legal.*** *d) Para cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT,* ***certificada por contador público*** *, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean* ***certificados por Medicina Legal***

DECLARO bajo la gravedad del juramento que toda la información aquí suministrada es VERÍDICA, así como los soportes adjuntos a este documento.
Para constancia firmo.



CC / NIT. : 1.110.572.601