Barranquilla, 01 de abril de 2026

Señores
D.E.I.P. de Barranquilla
Ciudad

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, **LAYNES JOHANNA GONZALEZ RADA** identificado con C.C. No **1.048.209.069**, para los efectos de la depuración de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2010 de 2019 "Ley de Crecimiento Económico", informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:

1. Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario.

SI ■ NO ☐

2. Que los ingresos por el Contrato Prestación de Servicios Profesionales No. CD-06-2026-6878, corresponde al concepto de:

■ Cedula General (Rentas de Trabajo, Rentas de Capital, Rentas no Laborales)
☐ Cedula de Pensiones
☐ Cedula Dividendos y participaciones

3. **BENEFICIOS TRIBUTARIOS**

3.1 He Contratado o Vinculado dos (2) o más Trabajadores asociados a la actividad (Articulo 383 E.T, Parágrafo 2). (*Aplica para renta de trabajo, renta exenta del 25%*).

SI ☐ NO ■

3.2 En cumplimiento a lo dispuesto en el Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, Articulo 387 E.T, Parágrafo 2, de manera libre y espontánea, manifiesto que las siguientes personas se encuentran a mí cargo y en consecuencia dependen económicamente de mí:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA
MATEO JOSE VARON GONZÁLEZ	1236888710	27 NOV. 2019	HIJO
CAMILO JOSÉ VARÓN GONZÁLEZ	1048106602	29 JULIO 2025	HIJO

NOTA:
Decreto 1625 de 2016. Artículo 1.2.4.1.18, define la calidad de dependientes para efectos tributarios.

ANEXO:

Para efectos de la aplicación de la deducción por dependientes de que trata el artículo 387 del Estatuto Tributario, tendrán la calidad de dependientes únicamente:

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*
1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*
1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*
2. ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*
3. ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad.

2. Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veintitrés (23) 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.

3. 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.

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 doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

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 doscientas sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

Parágrafo. Para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere este artículo, el contribuyente suministrará al agente retenedor un certificado, que se entiende expedido bajo la gravedad del juramento, en el que indique e identifique plenamente las personas dependientes a su cargo que dan lugar al tratamiento tributario a que se refiere este artículo.

3.3 Adjunto Copia del Certificado expedido por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Intereses de Vivienda, de acuerdo al Artículo 387 del E.T. (Adjuntar Soporte)

SI ☐ NO ■

3.4 Adjunto Copia del Certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior para que este sea deducido de mi base de retención en la fuente por Medicina Prepagada, de acuerdo al Artículo 387 del E.T, Inciso 2, el cual cumple los parámetros establecidos por la Superintendencia Nacional de Salud. (Adjuntar Soporte)

SI ■ NO ☐

3.5 Manifiesto bajo la gravedad de juramento que se tomarán costos o deducciones asociados a la presente renta de trabajo, de acuerdo con lo reglamentado en el Decreto 2231 de 2023, para efectos de la depuración de la base de retención en la fuente.

SI ☐ NO ■

Cordialmente,



Laynes Johanna González Rada
1.048.209.069

1.1 ***Rentas de trabajo:*** *Las señaladas en el artículo 103 de este Estatuto.*

1.2 ***Rentas de capital:*** *Las obtenidas por concepto de intereses, rendimientos financieros, arrendamientos, regalías y explotación de la propiedad intelectual.*

1.3 ***Rentas no laborales:*** *Se consideran ingresos de las rentas no laborales todos los que no se clasifiquen expresamente en ninguna otra cédula, con excepción de los dividendos y las ganancias ocasionales, que se rigen según sus reglas especiales.*

2. ***Rentas de Pensión****: NO aplica para el ICBF por corresponder a los pagos que reciben los pensionados asociados directamente a su condición de pensionado.*

3. ***Rentas de Dividendos o participaciones****: corresponde a ingresos por Dividendos y/o Participaciones, incluyendo las participaciones por Vocaciones Hereditarias.*

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Adhesivo Oficial Registro Civil
REGISTRADURÍA 25339320-8

58942979

NUIP 1236888710

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58942979

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A U R

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA AUXILIAR 5 RIOMAR SOCIEDAD CLINICA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARON	GONZALEZ

Nombre(s): MATEO JOSÉ

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2019 Mes NOV Día 27	MASCULINO	O	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección): COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	15767051 - 2

Datos de la madre o padre (Para casos de parejas indígenas con lazo matrimonial, o parejas del mismo sexo, contestar el preguntar que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
GONZALEZ RADA LAYNE'S JOHANNA	COLOMBIA

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 1048209069

Datos del padre (Para casos de parejas indígenas con lazo matrimonial, o parejas del mismo sexo, contestar el preguntar que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos	Nacionalidad
VARON GARRIDO NESTOR JOSE	COLOMBIA

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 72338049

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	Firma
VARON GARRIDO NESTOR JOSE	

Documento de identificación (Clase y número): CC No. 72338049

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos	
	Firma

Documento de identificación (Clase y número):

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos	
	Firma

Documento de identificación (Clase y número):

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2019 Mes NOV Día 29	ROSARIO ISABEL FERNANDEZ OROZCO Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OFIXPRES ... 100230573

- PRIMERA COPIA PARA LA DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL -

Scanned with CamScanner

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1048106602

Indicativo Serial 63166292

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] **Código** 0 2 1

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 3 BARRANQUILLA * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VARON * * * * * * * * * * * * * * * *	GONZALEZ * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

CAMILO JOSÉ *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2025 Mes JUL Día 29	MASCULINO	O	NEGATIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	25078910248680 * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ RADA LAYNE'S JOHANNA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1048209069 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

VARON GARRIDO NESTOR JOSE *

Documento de Identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 72338049 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VARON GARRIDO NESTOR JOSE *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 72338049 * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de Identificación (Clase y número)	Firma
* *	* *

Fecha de inscripción

Año 2025 Mes AGO Día 01

Firma del funcionario que autoriza

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARÍA 3 BARRANQUILLA
Betsy Patricia Diaz Niño
Nombre Encargada

BETSY PATRICIA DIAZ NIÑO
Nombre y firma

Cadena

Coomeva Medicina Prepagada

COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

NIT. 805.009.741-0

CERTIFICA

Que el Señor(a) LAYNES JOHANNA GONZALEZ RADA con número de documento No. 1048209069 realizó pagos a nuestro servicio de MEDICINA PREPAGADA así:

Beneficiario	Identificación	Programa	Parentesco	Fecha Inicio	Valor
VARON GONZALEZ, CAMILO JOSE	1048106602	ORO PLUS	Hijo	2025/09/01	$ 1,030,400.00
GONZALEZ RADA, LAYNES JOHANNA	1048209069	ORO PLUS	Titular	2020/04/01	$ 4,835,600.00
VARON GONZALEZ, MATEO JOSE	1236888710	ORO PLUS	Hijo	2020/04/01	$ 3,238,400.00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2025 pagó por concepto de Medicina Prepagada la suma de: $ 9,104,400.00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2025 pagó por concepto de IVA del servicio Medicina Prepagada la suma de: $ 455,220.00

Monto total de los pagos: $ 9,559,620.00

Se expide este certificado a los 31 días del mes de Marzo de Dos mil veintiseis (2026). De acuerdo con lo dispuesto en el Literal a) del Artículo 387 del Estatuto Tributario y el Artículo 6 del decreto 4713 de Diciembre 26 de 2.005.

DIRECCION NACIONAL DE OPERACIONES
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA.

COOMEVA MEDICINA PREPAGADA, Autorizada por resolución Nro. 1667 de diciembre 12 de 1.997, de la Superintendencia Nal de Salud.