CRA	Proceso	GESTIÓN CONTABLE Y FINANCIERA	Código GCF-FOR24	Fecha de aprobación 02 febrero de 2026
	Formato	Declaración Juramentada (Solicitud Deducciones)	Versión 04	Hoja 1 de 1

(i)Yo, (Nombre)	Indira Juliana Houghton Sarmiento																
Identificado (a):	NIT:	☐	CC:	☑	CE:	☐	NIP:	☐	NUIP:	☑	Número:	1032384476	D.V.				

(ii)Teléfono (s): 3246842253

(ii)Dirección: Calle 75B #113A-16 Entrada 6 Apto 202

(ii) Correo Electrónico (E-mail): indira.houghton@gmail.com

1. Solicitud aplicación retefuente persona natural, modificado por el Decreto 2231 de 2023

a) Solicito aplicar los porcentajes de retencion por **honorarios ó servicios personales** establecidos en el Art 392 del E.T. (esto es el **10%, 11%, 6%, 4%** según corresponda) ***(Es importante aclarar que al señalar esta opción se aplicará la tarifa sobre el total de sus ingresos según corresponda)***	SI:	☐
	NO:	☑

Nota. Si su respuesta es **SI**, abstenerse de diligenciar el resto de la informacion. Y si su respuesta es **NO,** por favor diligencie los demás numerales

b) Solicito aplicar la tabla de retencion en la fuente establecida en el Art. 383 del E.T. Con los beneficios tributarios establecidos en el Art 387, 388 y 206 del E.T.	SI:	☑
	NO:	☐
c) Certifico que tomaré los costos y gastos procedentes de mi actividad como deducciones en la declaracion de Renta de esta vigencia: Si indica No en este numeral, se tomará el benficio de la reta exenta del 25% establecido en el Art 206 E.T.	SI:	☐
	NO:	☑

2. Solicitud Deducciones del articulo 387 388 Y 206 del E.T. modificado por la Ley 2277 de 2022, Decreto 2231 de 2023

a) Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del E.T, solicito deducción por los intereses de vivienda conforme con la certificación de la Entidad que financia el crédito.	SI:	☐
	NO:	☑

Adjunta certificación SI: ☐ NO ☑

Crédito Compartido SI: ☐ NO ☑

Porcentaje que le corresponde % y valor que le corresponde $

b) Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del E.T., solicito deducción de planes de salud adicionales medicina prepagada, plan complementario u otros, conforme, respaldada con la Certificación de la Entidad Promotora de Salud.	SI:	☐
	NO:	☑

Certificación Adjunta SI: ☐ NO ☑

c) Que de acuerdo con lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la por la Ley 2277 de 2022 solicito deducción por dependientes conforme a lo relacionado a continuación:	SI:	☑
	NO:	☐

Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes:

Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.	☐
Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. ***(Anexar certificacion semestral del pago de matricula expedida por la respectiva entidad educativa)***	☑
Los hijos del contribuyente mayores de 18 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean c***ertificados por Medicina Legal, EPS o de cualquier institución idonea habilitada en el Registro Nacional de Salud.***	☐
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) UVT, ***certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, EPS o de cualquier institución idonea habilitada en el Registro Nacional de Salud.***	☐
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) UVT, ***certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, EPS o de cualquier institución idonea habilitada en el Registro Nacional de Salud.***	☐

Relación de dependientes:

Tipo de Doc.	No. de Identificación	Nombres y Apellidos	Edad	Parentesco
CC	1000019795	Juan Mario Houghton Sarmiento	23	Hijo(a)

3. Solicitud deducciones del Artículo 387 del E.T. y Artículo 2 del Decreto 0099 de 2013

Acogiéndome al beneficio del Artículo 126-1 y 126-4 del ET, solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique la deducción por concepto de:

Concepto	Nombre Entidad	No. De Cuenta	Valor
AFC			
PENSIÓN VOLUNTARIA			

La anterior se firma el 30 del mes de Abril del año 2026

Firma

La CRA, no se hace responsable de determinar las retenciones que desea aplicar. Esta condición obedece a circunstancias de carácter personal que son de conocimento exclusivo de cada persona

Los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas del numeral 2 a), b) y c del presente documento, en concordancia con lo establecido en el articulo 387 del E.T, deberan adjuntar y mantener actualizadas las certificaciones correspondientes a mas tardar el 31 de marzo de cada vigencia.

CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Fecha	Descripción de los cambios.
4	30/01/2026	Se actualiza el formato con el fin de brindar claridad sobre las condicciones para la aplicación de las retenciones y la responsabilidad del contratista.1) En el numeral i; se adiciona nombre. 2) en el numeral 1. se espcifica el concepto de retencion. 3)En el numeral 2 literal (C)se especifica los documentos que se debe anexar. 4) Se deja nota de la responsabilidad del contratista en el momento de diligenciar el formato.
3	31/01/2025	se actualiza el formato conforme a lo modificado por el Decreto 2231 de 2023 " Solicitud aplicación retefuente persona natural"
2	27/01/2023	El formato se debe actualizar conforme a los cambios que se introdujeron en la Reforma Tributaria Ley 2277 de 2022.
1	2/02/2026	Actualmente esto se maneja en dos formatos que no estan registrados en el sistema. Se requiere ya que por norma, la declaración juramentada que es en donde el contratista asegura el pago de su seguridad social, debe estar siempre para cada pago y debe especificar el número de planilla.

NOMBRE DEL PROCESO	ELABORA	REVISA	APRUEBA
Gestión Documental (GDO)	Equipo Contable y Financiero	Equipo facilitador MIPG.	Mary Isabel Cristancho Subdirector Administrativo y Financiero