CERTIFICADO PARA LIQUIDACIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE CONTRATISTAS

Certificado con el fin de definir los factores a detraer de la base de Retención en la Fuente del impuesto sobre la renta y demás información tributaria del contratista. El diligenciamiento de este formato ***es obligatorio*** y se deberá adjuntar a las facturas de cobro de cada contrato.

Contrato **N° CPS 033- 2026** de Fecha: 26/01/2026
Primer Apellido: **GIL** Segundo Apellido: **CRUZ** Primer Nombre: **PAMELA** Otros Nombres
CC: **1040747129**
Dirección: **Calle 47 A # 69-53** Ciudad: **Rionegro** Departamento: **Antioquia**
Actividad Económica Principal: 9005 Correo electrónico: louispamela@gmail.com Teléfono Celular: **3004769677**

El Carmen de Viboral, 30 de Abril de 2026.

Señores
Instituto de Cultura
El Carmen de Viboral

Para efectos de la liquidación de la retención en la fuente, de acuerdo con lo establecido en el artículo 329 del Estatuto Tributario, y reglamentado en el decreto 1625 de 2016 numeral 1.2.4.1.6. y siguientes, me permito certificar ***bajo la gravedad de juramento*** que los documentos para disminuir la retención en la fuente no son utilizados para los mismos efectos en otras entidades o empresas (En el caso de no solicitar deducciones diligenciar el campo con valor cero -$0**-) y:**

1. Que bajo mi condición de contratista, he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad durante 90 días o más (art. 383 Parágrafo 2 del Estatuto Tributario)**. SI NO _X_**

2. Que durante el año 2025 cancelé intereses de vivienda por valor de $ 0, adjunto certificado. (1.2.4.1.18. DR. 1625/2016)

3. Que durante el año 2025 cancelé pólizas de medicina prepagada por valor de $ 0 y pólizas de salud por valor de $ 0, adjunto certificado.

4. Que durante el año 2025 efectué Aportes Voluntarios a Fondos de Cesantías por valor de $ 0, adjunto certificados.

5. Que durante el año 2025 efectué Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones por valor de $ 0, y Ahorros a cuentas AFC por valor de $ 0, adjunto certificados.

6. Solicito al Pagador, realizar una retención en la fuente adicional a la calculada por el sistema ordinario y por la tarifa mínima de retención en un valor de $0. (art. 383 Parágrafo 3 del Estatuto Tributario)

7. Otros Factores para disminuir la Retención en la Fuente. (anexo Certificados).

8. Que estoy obligado a cotizar a pensiones **SI X NO** , si la respuesta en "No" adjuntar prueba.

9. De manera atenta, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 4, parágrafo 1 del decreto nacional 2271 del 2009, presento solicitud para disminuir la base de retención en la fuente con los aportes que realizo al sistema de seguridad social por el contrato No **CPS 033-2026**.

Para tal efecto de manera libre y espontánea certifico bajo gravedad de juramento que

a) Los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto de retención.

b) El valor a disminuir de la base de retención en la fuente corresponde al periodo que origina el pago del **1** al **30** de **Abril** de **2026.**

Los aportes realizados al sistema de seguridad social según planilla Nro.: **1113711364** del **1** al **30** de **Abril** la cual adjunto, corresponde a este contrato.

c) El monto para disminuir la base de retención en la fuente por concepto de Salud, Pensión y ARL,

CONCEPTO	VALOR
Salud	$ 218.900
Pensión	$ 280.200
ARL	$ 18.300
Total	$ 517.400

10. En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 387 del Estatuto Tributario, de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento certifico que tengo algunos de los siguientes dependientes:

SI_NO **--X---**Hijos menores de 18 años.

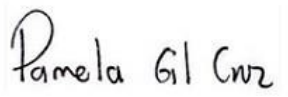
SI_NO **- X--**Hijos entre los 18 y 23 años a los que se les esté dando educación

SI_NO-**X**-- Hijos de cualquier edad que se encuentren en situación de dependencia por discapacidad.

SI **-**NO**_X_**Cónyuge o compañero permanente en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos anuales inferiores a 260 UVT (**13.617.240 año 2026)** o por discapacidad.

SI_**X**___ NO_____ Padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o por ingresos inferiores a 260 UVT (**13.617.240 año 2026**) o por discapacidad.

Atentamente,



Firma

Nombre: **Pamela Gil Cruz**

CC: **1040747129**