DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO

Medellín, 30 de abril de 2026

Señores
ESO RIONEGRO S.A.S
Rionegro

Asunto: Declaración Juramentada para disminuir la base gravable de la retención en la fuente por renta y certificación de calidad de declarante del citado impuesto.

De manera atenta, y de acuerdo a lo establecido en el parágrafo 1 del Decreto Nacional N° 2271 de 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 Nro. 110-2026-PS

Para tal efecto **CERTIFICO BAJO GRAVEDAD DE JURAMENTO** que:

a. Declaro bajo gravedad de juramento que SI___ NO_X_ enfrentare costos y gastos a mis rentas de trabajo a final del año 2025

b. Los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social, corresponden a ingresos provenientes de la prestación de servicios de manera personal del contrato materia del pago sujeto a revisión.

c. El valor a disminuir de la base de retención en la fuente corresponde al periodo que origina el pago comprendido entre el 01 y el 30 de abril de 2026.

d. Los aportes realizados al sistema de seguridad social según planilla N°84560125 los cuales adjunto corresponden a este contrato.

e. El monto para disminuir la base de Retención en la Fuente por concepto de Salud, Pensión y ARL, SIN INTERESES DE MORA es:

SALUD	$ 440.000
PENSIÓN	$ 563.100
ARL	$ 18.400
TOTAL	$ 1.021.500

Para efecto de determinación de la tarifa de la retención en la fuente por renta aplicable a los pagos del citado contrato, **CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** que cumplo con los topes establecidos para el año gravable 2025 para ser (elegir entre **DECLARANTE O NO DECLARANTE)**

_X_ DECLARANTE **____ NO DECLARANTE**

Que estoy entregando los siguientes documentos para efectos de disminuir la retención en la fuente:

- Certificado bancario del pago de intereses o corrección monetaria por préstamos para adquisición de vivienda, del trabajador (o el costo financiero en un contrato de Leasing), pagados del año inmediatamente anterior (entre el 1 de enero al 31 de diciembre 2025).

  SI (**X**) NO ( )

- Pagos realizados en el año inmediatamente anterior (entre el 1 de enero al 31 de diciembre 2025) por concepto de seguros de salud- póliza.

  SI ( ) NO (**X**)

- Certificado de pagos realizados por medicina prepagada para protección del trabajador, cónyuge, hijos y/o dependientes, realizadas del año inmediatamente anterior (entre el 1 de enero al 31 de diciembre 2025)

  SI ( ) NO (**X**)

- Registro civil, certificado de estudio, certificado por contador público o certificado por medicina legal, según aplique por concepto de "Personas a cargo" SI ( )NO (**X**) y son los siguientes:

NOMBRE COMPLETO DEL DEPENDIENTE	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CALIDAD DE DEPENDIENTE

Atentamente,

FIRMA:

NOMBRE: Meliza Múnera López

DOCUMENTO: 1.039.450.430