

Barranquilla, Mayo del 2026

Señor:

**ALCALDIA DISTRITAL DE BARRANQUILLA**

Barranquilla

Ref : CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO

### CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO

Yo **DIEGO ALBERTO MEDINA CAMPO** , identificado (a) con la cédula de ciudadanía N°72.258.234, expedida en Barranquilla, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad del juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, **“He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica”**.

**(Paragrafo 2 art. 383 E.T.)**

SI ( ) NO (X)

Por lo anterior solicito se tenga en cuenta para la depuración de la base gravable del cálculo de retención las deducciones consagradas en el artículo 387 del E,T Tributario.

Concepto	Aplica o No Aplica	Adjunto Soporte
1) Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda. <b>( Adjuntar certificación año 2025, emitido por las respectiva entidad financiera)</b>	NO	
2) Aportes Voluntarios a fondos de pensiones o cuentas AFC. <b>(Adjuntar carta de autorización e instrucciones dirigida a la FIDUCIARIA).</b>	NO	
3) Pagos por Medicina Pre pagada o Seguros de Salud señalados en los literales a) y b) del artículo 387 del Estatuto Tributario, siempre que el valor a disminuir mensualmente, no supere dieciséis (16) UVT mensuales, y se cumplan las condiciones de control indicadas en las normas reglamentarias vigentes.	SI	SI

4) Deducción mensual por concepto de dependientes de hasta el 10% del total de los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria en el respectivo mes por concepto de dependientes, hasta un máximo de treinta y dos(32) UVT mensuales.	NO	
---	----	--

<b>Concepto</b>	<b>Aplica o No Aplica</b>	<b>Adjunto Soporte</b>
Artículo 55 E.T Los aportes obligatorios que efectúen los trabajadores, empleadores y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones no harán parte de la base para aplicar la retención en la fuente por rentas de trabajo	SI	SI
Los aportes obligatorios que efectúen los trabajadores, empleadores y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud no harán parte de la base para aplicar la retención en la fuente por salarios, y serán considerados como un ingreso no constitutivo de renta ni de ganancia ocasional.	SI	SI
Artículo 206 E.T Numeral 10.-El veinticinco por ciento (25%) del valor total de los pagos laborales, limitada mensualmente a doscientas cuarenta (240) UVT. El cálculo de esta renta exenta se efectuará una vez se deduzca del valor total de los pagos laborales recibidos por el trabajador, los ingresos no constitutivos de renta, las deducciones y las demás rentas exentas diferentes a la establecida en el presente numeral.	NO	
<b>PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES</b>		
1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente.	SI	SI
2. 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.	NO	
3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO	

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) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	SI	
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 doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO	

Cordialmente,

— 

**Diego Alberto Medina Campo**

C.C. N° 72258234

REPÚBLICA DE COLOMBIA

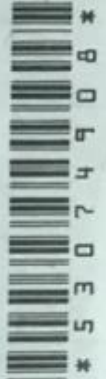


ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.046.715.359

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 53074908



Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría  Notaría  Número 01 Consulado  Corregimiento  Inspección de Policía  Código C X L

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía  
NOTARIA 1 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA.....

Datos del inscrito

Primer Apellido MEDINA Segundo Apellido QUINTERO  
Nombre(s) MARIA CAROLINA  
Fecha de nacimiento Año 2013 Mes ENE Día 26 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO  
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección) COLOMBIA ATLANTICO BARRANQUILLA.....

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO..... Número certificado de nacido vivo 11830101-9.....

Datos de la madre Apellidos y nombres completos QUINTERO BARZALLO DIANA CAROLINA..... Documento de identificación (Clase y número) CC 55.222.178..... Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos del padre Apellidos y nombres completos MEDINA CAMPO DIEGO ALBERTO..... Documento de identificación (Clase y número) CC 72.258.234..... Nacionalidad COLOMBIA.....

Datos del declarante Apellidos y nombres completos QUINTERO BARZALLO DIANA CAROLINA..... Documento de identificación (Clase y número) C.C. 55.222.178..... Firma *[Firma]*

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 2013 Mes ENE Día 26 Nombre y firma del funcionario que autoriza CARLOS JOSE PUCHE MOGOLLON  
Nombre y firma *[Firma]*



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

