

	FORMATO	CÓDIGO: FR-EFR-GF-003
	GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 03
	DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS	FECHA: 31/ENE/2025

DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS

Yo, **Maria Paola Ruiz** identificado con cédula de ciudadanía número **52.779.757** expedida en la ciudad de Bogotá obrando en nombre propio, me permito declarar bajo la gravedad de juramento que:

Que de acuerdo con la Ley 1819 de 2016 en su artículo 335 me permito indicar que los ingresos correspondientes al contrato suscrito con la entidad corresponden a:

- Para efectos del cálculo de la retención en la fuente manifiesto bajo la gravedad de juramento que (marcar con X la opción correspondiente):

- Para la determinación de mi impuesto sobre la renta **NO** tomaré deducciones de costos y gastos por lo que solicito aplicar retención en la fuente por rentas laborales.

☒

- Para la determinación de mi impuesto sobre la renta **SI** tomaré deducciones de costos y gastos por lo que solicito aplicar retención en la fuente por concepto de honorarios.

☐

Si solicita realizar retención por rentas laborales completar la siguiente información:

- Durante el año inmediatamente anterior realicé pagos de intereses en préstamos para adquisición de vivienda del trabajador. (Adjuntar soporte de pago de intereses)

SI		NO	x
----	--	----	---

- Durante el año inmediatamente anterior realicé pagos a medicina prepagada del trabajador, el cónyuge, y sus hijos y dependientes. (Adjuntar soporte de pago y factura cancelada).

SI	x	NO	
----	---	----	--

- Se encuentra a mi cargo en la siguiente calidad de dependiente:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO

- Hijo(s) que tiene(n) hasta 18 años y depende(n) económicamente de mí.
- Hijo(s) con edad entre 18 y 23 años, cuya educación está a mi cargo 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.

	FORMATO	CÓDIGO: FR-EFR-GF-003
	GESTIÓN FINANCIERA	VERSIÓN: 03
	DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS	FECHA: 31/ENE/2025

- Hijo(s) mayor(es) de 18 años que se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos certificados por Medicina Legal.
- Cónyuge o compañero permanente que se encuentra 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.
- Padres y/o hermanos 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.

De igual manera manifiesto que de conformidad con lo ordenado en el inciso 2° del párrafo 4 del Decreto 099 del 25 de enero del 2013, nadie más solicitará la deducción de la base de la retención en la fuente por el mismo dependiente.

2. Se encuentra obligado a expedir factura electrónica por cumplir con alguno de los requisitos establecidos en el artículo 615 del E.T.

SI		NO	x
----	--	----	---

3. De acuerdo al párrafo tercero del artículo 437 del Estatuto Tributario es responsable del impuesto a las ventas IVA.

SI		NO	x
----	--	----	---

4. Esta registrado(a) como contribuyente del impuesto unificado bajo el régimen simple de tributación SIMPLE.

SI		NO	x
----	--	----	---

La presente certificación se expide en la ciudad de Bogotá en el mes de julio de 2026, para efectos de la depuración de la base del cálculo de la retención establecida en los artículos 383, 387 y 392 del Estatuto Tributario que le aplique.

Cordialmente,



Nombre: Marla Paola Ruiz
C.C: 52.779.757
Teléfono: 3152588038

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) MARIA PAOLA RUIZ CORDOBA identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52779757, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/11/2025 hasta 31/10/2026 por el cual ha cancelado la suma de SETECIENTOS CUARENTA Y TRES MIL CUATROCIENTOS PESOS 743.400,00 A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/11/2025 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
24450072	20260113	\$ 247,800
23937546	20251110	\$ 247,800
23937547	20251218	\$ 247,800
Total		\$ 743,400

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 28 días del mes de enero de 2026.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13525620

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
COMPENSAR
NIT 860.066.942-7**

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) MARIA PAOLA RUIZ CORDOBA identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 52779757, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/11/2024 hasta 31/10/2025 por el cual ha cancelado la suma de DOS MILLONES NOVECIENTOS VENTIUN MIL CIEN PESOS 2.921.100,00 A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/11/2024 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
22140221	20241226	\$ 221,550
22685653	20250203	\$ 247,800
22685656	20250404	\$ 247,800
22685660	20250814	\$ 247,800
22685662	20251007	\$ 247,800
22685654	20250203	\$ 247,800
22685661	20250916	\$ 247,800
22685658	20250618	\$ 247,800
22685657	20250509	\$ 247,800
22685655	20250307	\$ 247,800
22685659	20250709	\$ 247,800
22128144	20241126	\$ 221,550
Total		\$ 2,921,100

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 28 días del mes de enero de 2026.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO COMPENSAR

CER-PAS 13525619