DECLARACIÓN JURAMENTADA
DEPURACIÓN DE BASE DE CÁLCULO DE RETENCIÓN

Bogotá D.C.,

Señores
HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN JUAN DE DIOS Y MATERNO INFANTIL - HUSJDMI
Ciudad

De acuerdo a lo establecido en el Estatuto Tributario, Ley 2277 del 13 de diciembre de 2022 Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 1625 del 11 de octubre de 2016 y sus modificaciones, Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, **bajo la gravedad de juramento certifico que***:*

Marque SI o NO porque son excluyentes

1.	*Soy declarante del impuesto de renta en los términos definidos por la normatividad vigente*	**SI**	**X**	**NO**		
2.	*Soy responsable del impuesto a las ventas - IVA*	**SI**		**NO**	**X**	
3.	*Que en el año anterior o en el año en curso he obtenido ingresos brutos totales provenientes de Contratos con el Estado igual o supérior a 4.000 UVT. Valor para el año 2026: $209496000*	**SI**		**NO**	**X**	*Presentar cuenta de cobro*
4.	*Pertenezco al régimen simple de tributación - RST según lo estipulado en el RUT*	**SI**	**X**	**NO**		*Marque "SI" solo si en el RUT tiene la responsabilidad 47*
5.	*Autorizo que se determine la retención en la fuente conforme al art. 9 del Decreto 2231 de 2023. Se refiere a que se depurará la base aplicando la retención en la fuente por salarios, en caso de marcar no, se aplica el concepto de Honorarios (tarifa del 10% u 11%, según sea el caso)*	**SI**	**X**	**NO**		*Se aplicará la tarifa de retención en la fuente establecida en el articulo 383 del E.T*
6.	*De manera libre y espontanea manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí, así mismo manifiesto que ninguna otra persona podrá requerir beneficio en forma adicional en los términos establecidos en la normatividad vigente, para lo cual adjunto documentación que así lo certifica :*					
	CONDICIÓN DEPENDENCIA / **Tipo** / **DOCUMENTO DE** / **DOCUMENTOS A APORTAR**					
	Nota: El certificado de antecedentes disciplinarios en ningún caso podrá ser mayor a 90 días.					
7.	*Realicé el pago de intereses por préstamo de vivienda*	**SI**		**NO**	**X**	
8.	*Realizo ahorros en cuentas AFC (Ahorro para el fomento de la construcción)*	**SI**		**NO**	**X**	
9.	*Realizo aportes voluntarios a Fondos de Pensiones (Diferentes a los obligatorios)*	**SI**		**NO**	**X**	
10.	*Realicé el pago de planes de medicina prepagada y/o pólizas de salud*	**SI**	**X**	**NO**		*Adjuntar certificado expedido por la entidad correspondiente del año inmediatamente anterior*
11.	*Soy Pensionado*	**SI**		**NO**	**X**	
12.	*Solicité la devolución de aportes al fondo de pensiones*	**SI**		**NO**	**X**	
13.	**PAGO MES ACTUAL DE SEGURIDAD SOCIAL:** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social, en debida forma, correspondiente a los ingresos relacionados con la* **presente** *cuenta de cobro, de conformidad con lo establecido en el parágrafo 2 del artículo 108 del Estatuto Tributario y el artículo 1.2.4.1.16 del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, según consta en el soporte adjunto.*	**SI**		**NO**	**X**	
14.	**PAGO MES VENCIDO DE SEGURIDAD SOCIAL:** *He realizado el pago de las contribuciones al Sistema General de Seguridad Social en debida forma, en relación con los ingresos recibidos del mes anterior (Pago mes vencido de Seguridad Social, No aplica para deducción de la base de retención en la fuente de la presente cuenta).*	**SI**	**X**	**NO**		
15.	*Declaro que los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.*					
16.	*Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a categoría tributaria.*					

Para constancia se expide y se firma a los 10 días de septiembre del 2026.



MARISOL TORRES PENAGOS
CC 51936217
Contrato de prestación de servicios No. 96 del 10 de agosto de 2026

COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. : 860.078.828-7
Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá
y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 27 de agosto de 2026

A QUIEN CORRESPONDA

COLSANITAS certifica, que durante el año gravable 2025, **MARISOL TORRES PENAGOS** identificado (a) con CC No. **51936217**, Titular del Contrato No.10108198524, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
MARISOL TORRES PENAGOS	CC 51936217	TITULAR	01-09/31-12	$1.331.200	$66.560	$1.397.760
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$257.712	$12.888	$270.600

LA SUMA DE: $1.668.360 (UN MILLON SEISCIENTOS SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS SESENTA PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el numeral 4.2, artículo 1.2.4.1.6, del Decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT mensuales.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada