CERTIFICADO TRIBUTARIO

Señores: Instituto Municipal para el desarrollo y la práctica del deporte, la recreación y aprovechamiento del tiempo libre – INDER Guarne

En cumplimiento del Decreto 1625 de 2016 "Por medio del cual se expide el Decreto Único Reglamentario en materia tributaria", para efectos de la depuración de la base para el cálculo de la retención en la fuente, **bajo la gravedad de juramento** certifico que:

1. INFORMACIÓN GENERAL

Año del contrato	2026

Contratista (Nombre completo)	VERONICA FLOREZ RIOS		
Identificación (NIT, CC, etc.)	1035918950	DV	1

2. CERTIFICACIÓN SOLICITUD DE COSTOS Y GASTOS

Certifico bajo la gravedad de juramento que al final del año gravable ☐SI ☒NO solicitaré COSTOS y GASTOS en mi declaración de renta.

3. SOLICITUD DE RETENCIÓN SUPERIOR A LA DEFINIDA POR LA NORMA TRIBUTARIA

Solicito que me sea aplicada una tarifa de retención en la fuente superior así: 0%

4. DEPURACIÓN DE LA BASE PARA EL CÁLCULO DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

Aportes Voluntarios

Tipo	Si	Valor Deducción (Mensual) $
Aportes en Pensiones Voluntarias	☐	$ 0,00
Aportes en cuentas AFC / AVC	☐	$ 0,00

Anexar soporte de pago donde se verifique nombre del titular y valor pagado (AFC, AVC, Pensión voluntaria)

Beneficios Tributarios

Tipo	Sí	Soportes
Intereses de Vivienda	☐	***Anexar*** *- Copia la certificación tributaria expedida por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior.*
		*Para fines del beneficio tributario del **50%** o **100%** del valor del deducible por concepto de INTERESES SOBRE PRESTAMOS PARA ADQUISICION DE VIVIENDA, según lo dispone el*

Tipo	Sí	Soportes
		Decreto Reglamentario 3750 de 1986, Artículo 8º, ***solicito que la deducción sea del siguiente (%) porcentaje:*** Elija un elemento. **%**
Medicina Prepagada	☐	***Anexar** - Copia de la certificación tributaria expedido por la empresa emisora prestadora del servicio, correspondiente al año inmediatamente anterior.*
Dependientes	☐	*Detallar en la certificación el Artículo 387 del Estatuto Tributario, parágrafo, numeral que aplica y anexar copia de la Tarjeta profesional.* *a) Para hijos menores de 18 años, **anexar** copia del registro civil.* *b) Para hijos con edades entre los 18 y 23 años, **anexar** copia de la certificación del semestre en curso, expedida por la respectiva entidad educativa.* *c) Para hijos mayores de 23 años y/o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, **anexar** certificación de contador público, o Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud. Según lo dispone el Art.387 del estatuto tributario, párrafo 2, numeral 5.* *d) Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT, **anexar** Certificación anual de Contador Público.*

5. FIRMA

Para constancia firmo el día **miércoles, 29 de julio de 2026**



VERONICA FLOREZ RIOS

C. C: 1035918950

REPÚBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACIÓN PERSONAL

TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.035.922.132**

LLANO FLOREZ

APELLIDOS

PABLO

NOMBRES



Pablo Llanos

FIRMA

Scanned with CamScanner



FECHA DE NACIMIENTO **01-JUL-2017**

MEDELLIN
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

01-JUL-2035 **O+** **M**
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

14-FEB-2025 GUARNE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
HERNÁN PENAGOS GIRALDO

ÍNDICE DERECHO

P-0114200-01494537-M-1035922132-20250221 **0140**39944A 1 8514505156

Scanned with CamScanner