**DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS TRIBUTARIOS EN EL CÁLCULO DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE DE LAS PERSONAS NATURALES PRESTADORAS DE SERVICIOS.**

Medellín, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021

**Señores: Dirección de Contabilidad**

**DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA**

De acuerdo con lo establecido en ***el parágrafo 2° del artículo 383 del*** Estatuto Tributario, me permito certificar ***bajo la gravedad de juramento***:

**1.** Que, mis ingresos **PROVIENEN** de pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales. **SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_**

 **2.**. Que no he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad que desarrollo, por un término superior a (90) días continuos o discontinuos. **( )**

Cumplidas las condiciones establecidas en el parágrafo 2 del artículo 383 del estatuto tributario, puede optar por solicitar las deducciones establecidas para retención en la fuente, deberá presentar los soportes que se relacionen a continuación.

* Que, durante el año 2020 cancelé intereses de vivienda por valor de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adjunto certificado.
* Que, durante el año 2020 cancelé pólizas de medicina prepagada por valor de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y/o pólizas de salud por valor de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adjunto certificado.
* Que, tengo a mi cargo las siguientes personas en calidad de dependientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre y Apellido del Dependiente** | **Documento de Identidad** | **Calidad de Dependiente** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Adjunto registro civil, certificado de estudio, certificado por contador público o certificado por medicina legal.

* Que, realiceaportes voluntarios a Fondos de Pensiones de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y/o Ahorros a cuentas AFC de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Que, solicito al DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA, realizar una retención en la fuente adicional a la calculada por el sistema ordinario y por la tarifa mínima de retención por valor de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

En constancia de lo anterior firmo en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2021.

Atentamente,

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre y Apellidos completos Firma**

**C.C.**

**Señor Prestador de servicio: El diligenciamiento de este formato *es obligatorio.***