Señores

Secretaria de Educación de Ibagué

TALENTO HUMANO

Ciudad

ASUNTO: Disminución Base retención en la Fuente

Para efectos del cálculo de la retención en la fuente sobre ingresos laborales, bajo gravedad de juramento certifico:

1. SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_, soy contribuyente declarante del impuesto sobre la renta y complementarios por el año gravable 2017. La calidad de declarante es dada por: Los ingresos laborales mayores a $44.603.000 y Patrimonio superior a $ 143.366.000.

Cómo declarante SI\_\_\_ NO \_\_\_- autorizo a la Alcaldía de Ibagué e deducir de mi remuneración mensual un valor adicional de retención en la fuente por la suma de $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. SI\_\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_ cuento con un certificado por intereses o corrección monetaria cancelado por el año 2017 en virtud de préstamos para adquisición de vivienda. En caso afirmativo certifico que este no está siendo utilizado por otro contribuyente. Anexo soporte.
2. SI\_\_\_\_ NO\_\_\_\_\_\_ cuento con certificado por los pagos de medicina pre pagada y póliza de seguros efectuados durante el año 2017. En caso afirmativo certifico que este no está siendo utilizado por otro contribuyente. Anexo soporte.
3. SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ cuento con dependientes económicos. En caso afirmativo, esta deducción no está siendo utilizada por otro contribuyente. En relación con el (los) siguiente(s) dependientes(s).

 CALIDAD

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE | DOCUEMENTO | PARENTESCO | CALIDAD DE |
| IDENTIDAD | DEPENDIENTE |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

De conformidad a la Constitución Política de Colombia, la Ley y Decretos reglamentarios.

Cordialmente;

NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C. C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECCION CORRESPONDENCIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CELULAR\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nota: En la casilla de calidad de dependiente de acuerdo a su situación particular, señale el número que corresponda, así: 1. Menor de 18 años, 2. Entre 18 y 23 años, 3. Mayor de 23 años, 4. Esposo(a) o compañero(a) permanente, 5. Padres o hermano (s).