



## DISMINUCIÓN DE RETENCIÓN EN LA FUENTE POR SALUD

Ciudad y Fecha: \_\_\_\_\_

Señores(as)  
**Banco de la República**  
Ciudad

Yo, \_\_\_\_\_  
Nombres y apellidos completos
Cédula de ciudadanía

Pensionado  Empleado  \_\_\_\_\_  
Departamento o Sección
Teléfono y/o Extensión

Con el fin de acogerme a los beneficios tributarios que establece el Artículo 387 del Estatuto Tributario, me permito adjuntar las siguientes certificaciones:

<b>SALUD:</b> Contratos de prestación de servicios de empresas de medicina pre-pagada o por seguros de salud			
ENTIDAD	PERÍODO	VALOR	LOS PAGOS CORRESPONDEN A: (1) (2) (3)
			Empleado <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> o Pensionado <input type="checkbox"/> o Cónyuge <input type="checkbox"/> o madre <input type="checkbox"/>
			Empleado <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> o Pensionado <input type="checkbox"/> o Cónyuge <input type="checkbox"/> o madre <input type="checkbox"/>
			Empleado <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> o Pensionado <input type="checkbox"/> o Cónyuge <input type="checkbox"/> o madre <input type="checkbox"/>
			Empleado <input type="checkbox"/> Esposa <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano <input type="checkbox"/> o Pensionado <input type="checkbox"/> o Cónyuge <input type="checkbox"/> o madre <input type="checkbox"/>
<b>TOTAL</b>			

(1) Marque con una X si el certificado corresponde al empleado o pensionado, su hijo, esposa o cónyuge, padre o hermano dependiente

(2) Cuando los pagos correspondan a hijos mayores de 18 años o padres o hermanos con dependencia por factores físicos o psicológicos, se deberá adjuntar certificado de entidad competente. Si ya aportó la certificación y las condiciones no han cambiado, no es necesario que la aporte nuevamente.

(3) Cuando los pagos correspondan a padres o hermanos con dependencia económica por ausencia de ingreso o ingresos anuales inferiores a 260 UVT, se deberá adjuntar certificado de Contador Público.

**BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN RELACIONADA EN ESTE DOCUMENTO ES VERAZ.**

Número de anexos:

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL CONTRIBUYENTE