



DIRECCIÓN DE TALENTO HUMANO
OFICINA DE NÓMINA
ARTÍCULO 387 ESTATUTO TRIBUTARIO
FORMATO: SOLICITUD DE DEDUCCIONES A LA BASE DE RETENCIÓN AÑO GRAVABLE 2023
POR PAGOS A MEDICINA PREPAGADA Y CONTRATOS DE SALUD NO POS



FECHA DE SOLICITUD

DIA

MES

AÑO

PARA DILIGENCIAR POR EL FUNCIONARIO (A)

NOMBRES Y APELLIDOS DEL FUNCIONARIO(A)	NÚMERO DE DOCUMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
DIRECCIÓN DE NOTIFICACIÓN	TELÉFONO FIJO
<input type="text"/>	<input type="text"/>
CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO CELULAR
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Solicito la aplicación del(os) siguiente(s) deducible(s), por concepto de medicina prepagada y/o seguros de salud para disminuir la base gravable del cálculo de retención en la fuente por los pagos realizados por mi:

NOMBRE ENTIDAD	NIT	TOTAL PAGADO PERÍODO 01/01/2022 AL 31/12/2022
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL		<input type="text"/>

Anexar original o copia del certificado que acredita los pagos por salud, en el cual debe constar:

- * Nombre o razón Social y Nit de la entidad beneficiaria del pago.
- * Monto total de los pagos
- * Concepto de los pagos
- * Período al cual corresponden
- * Nombre y NIT de los beneficiarios de los respectivos servicios

Declaro que asumo integramente la responsabilidad por la veracidad de esta información, la cual pueden ser comprobada por la entidad cuando lo considere conveniente

No. Folios anexos

FIRMA FUNCIONARIO(A)