GOBERNACIÓN DEL TOLIMA

GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
NIT: 800.113.672-7
DIRECCIÓN FINANCIERA DE CONTABILIDAD

@gobertolima
www.tolima.gov.co

CERTIFICACION JURAMENTADA PARA PERSONAS NATURALES QUE EJECUTEN CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS AÑO 2024 A FIN DE APLICAR LA RETENCION EN LA FUENTE SEGÚN ARTICULO 383 DEL E.T

NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA: Alberto Alexander Giraldo Villalba.
CEDULA DE CIUDADANIA: 5.820.375
NUMERO DEL CONTRATO: 1432
FECHA DEL CONTRATO: 10/Abril. 2024
DEPENDENCIA:
FECHA DE LA CERTIFICACION: Junio. 2024

1. MANIFIESTO QUE LOS PAGOS POR LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO ANTES MENCIONADO, NO PROVIENEN DE UNA RELACION LABORAL O LEGAL Y REGLAMENTARIA. EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO 383 PARÁGRAFO 2 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO. SI __

2. DE IGUAL FORMA MANIFIESTO QUE SI X NO ___, SOY DECLARANTE DE RENTA.

FIRMA

CC 5.820375

Tel. 3108689723

FORMATO PARA DISMINUCIÓN DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE 2024 PARA PERSONAS NATURALES QUE EJECUTEN CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS

NOMBRE CONTRATISTA: Alberto Alexander Giraldo Villalba
CEDULA CIUDADANIA: 5.820.375
NUMERO Y FECHA CONTRATO: 1432. 10 de Abril de 2024
FECHA CERTIFICACION: junio de 2024

Adjunto los siguientes soportes para dar aplicación al artículo 387 parágrafo 2 del estatuto tributario:

1. Que las siguientes personas dependen de mi económicamente, conforme a lo registrado a continuación:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL DEPDENDIENTE ECONÓMICO	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CALIDAD DE DEPENDIENTE ECONÓMICO (registre el respectivo número según el listado)	ANEXO
Martin A. Giraldo	NUIP	1201474606	1	

CALIDAD DE DEPENDIENTES
1. Hijo(s) del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependa(n) económicamente del contribuyente. ANEXO: Registro Civil de Nacimiento donde consta el año de nacimiento del hijo(s) y el nombre de los padres.
2. Hijo(s) del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES ó la autoridad oficial correspondiente; ANEXO: certificación de pago matricula expedida por la respectiva entidad educativa certificada por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente y Registro Civil de Nacimiento donde consta el año de nacimiento del hijo(s) y el nombre de los padres.
3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. ANEXO: Certificación de Medicina Legal y Registro Civil de Nacimiento donde consta el año de nacimiento del hijo(s) y el nombre de los padres.
4. Cónyuge o compañero(a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT. ANEXO: Certificación anual suscrita por Contador Público y Documento legal que pruebe el matrimonio o la unión marital de hecho.
5. Cónyuge o compañero(a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. ANEXO: Certificación expedida por Medicina Legal y Documento legal que pruebe el matrimonio o la unión marital de hecho.
6. Padre(s) y/o hermano(s) del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT. ANEXO: Registro civil de nacimiento que demuestre el respectivo parentesco y Certificación de Contador Público
7. Padre(s) y/o hermano(s) del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. ANEXO: Registro civil de nacimiento que demuestre el respectivo parentesco y Certificación de Medicina Legal

Además adjunto los siguientes soportes correspondientes y me comprometo a comunicar oportunamente cualquier cambio que modifique de lo juramentado en la presente certificación:

2. Certificado de pago de intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda del mes anterior al periodo de cobro. SI ____ NO X.

3. Certificación de pago a empresas de medicina prepagada vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes, del mes anterior del periodo de cobro. SI ____ NO X.

FIRMA _____

CC 5 840 375

Tel. 310 8689723