MUNICIPIO DE CARTAGO
VALLE DEL CAUCA
Nit: 891.900.493.2

DECLARACIÓN JURAMENTADA

IDENTIFICACIÓN					
NOMBRES Y APELLIDOS	JUAN CARLOS RAMIREZ NIETO				
No. IDENTIFICACIÓN	1.053.779.405				
SERVICIO PRESTADO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTION				
DECLARANTE DE RENTA	X	**NO DECLARANTE DE RENTA**			

1. CRÉDITO DE VIVIENDA Y APORTES A CUENTAS AFC						
a) ¿Paga intereses por créditos de vivienda?	**SI**		**NO**	x		
b) ¿Adjunta certificación?	**SI**		**NO**	x		
c) ¿Crédito Compartido?	**SI**		**NO**	x		
En caso de contestar afirmativamente el punto 1c:						
% que le corresponde:	Valor que le corresponde:					
d) ¿Realiza aportes a Cuentas AFC?	**SI**		**NO**	x		
e) ¿Adjunta certificación?	**SI**		**NO**	x		
2. PAGOS DE SALUD						
a) ¿Realiza pagos por medicina prepagada?	**SI**		**NO**	x		
b) ¿Realiza pagos por planes adicionales de salud?	**SI**		**NO**	x		
c) ¿Realiza pagos por seguros de salud?	**SI**		**NO**	x		

3. DEPENDIENTES	
¿Tiene usted alguno de los siguientes DEPENDIENTES?	
a) Hijos menores de 18 años de edad.	NO
b) Hijos con edad entre 18 y 23 años, el cuál usted se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los	NO
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, certificado por Medicina Legal.	NO
d) Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO
e) Padres y hermanos 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, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO

Relación de Dependientes

Nombres y Apellidos	Tipo de Documento	Identificación No.	Edad	Parentesco

4. Trabajadores vinculados						
¿Ha vinculado dos o mas trabajadores asociados a la actividad?	**SI**		**NO**	x		

La anterior se firma el día catorce (14) del mes de Agosto del año dos mil veinticuatro (2024)

Manifiesto que lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo este documento.

Firma

Powered by CamScanner