	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo Andrés Leonardo Rubio Calderón, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 93.239.520 con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto **bajo gravedad de juramento** que:

- Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea y **bajo la gravedad de juramento**, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí (Anexar soportes según sea el caso):

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
Santiago Andrés Rubio Baquero	Hijo	16

1.1. Declaro que mi cónyuge, _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ NO ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de dependientes, por las mismas personas arriba relacionadas.

2. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:

2.1. **Intereses de vivienda:** Certificación del crédito hipotecario expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior.

SI ___NO ___X___

- El crédito ha sido otorgado a varias personas.** Declaro que la deducción prevista se debe realizar proporcionalmente (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____
- El crédito ha sido otorgado a ambos conyugues.** Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) ___

2.2. **Aporte cuenta AFC:** Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta

SI ___NO ___X___

2.3. **Aportes voluntarios a pensión:** (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación.


SI ___NO ___X___

2.4. **Pagos por salud:** Certificación de medicina prepagada o seguros de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior.

SI ___NO ___X___



MINISTERIO DE AGRICULTURA Y
DESARROLLO RURAL

	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

3. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.
4. **Ley 100 de 1993. Artículo 15. Afiliados.** "(...) Todas las personas naturales que presten directamente servicios al Estado, los trabajadores independientes entre otros tienen la **obligación** de **aportar al Sistema General de Seguridad Social – SGSS**, si perciben ingresos netos iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente – SMMLV (...)", por consiguiente:
 - Declaro bajo la gravedad de juramento y para todos los efectos legales, que (marque con una X): SI _X NO __ estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.
 - Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.	SERVICIO NACIONAL DEL SENA	CO1.PCCNTR.7390060	4.599.511
2.			
3.			

Nota: En caso de tener dos (2) o más contratos con el sector público, se debe anexar pantallazo del SECOP.


La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 30 días del mes de abril de 2025

Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No.

	FORMA	DECLARACIÓN JURAMENTADA	CÓDIGO	GEFIN-F-004
	ACTIVIDAD	GESTIÓN DE PAGOS	VERSIÓN	6
	PROCESO	GESTIÓN FINANCIERA	FECHA	26/01/2023

[VER CONTRATO](#)

Resumen

ID del contrato en SECOP	CO1.SLCNTR.14396437
Número del contrato	CO1.PCCNTR.7390060
Versión del contrato	1
Objeto del contrato	Contratar los servicios personales de carácter temporal de una persona natural como apoyo, para impartir formación profesional en el Programa de Formación Regular (Titulada presencial y virtual, competencia clave, complementaria presencial y/o virtual, seguimiento etapa productiva) en las redes de conocimiento INS. DE PEDAGOGÍA y así cumplir las metas y las directrices Plan de Acción para la vigencia 2025
Tipo de contrato	Prestación de servicios
Fecha de terminación del contrato	23/12/2025 11:00:00 PM <small>(UTC-05:00) Bogotá, Lima, Quito</small>
Duración del contrato	312 Días
Tiempo adiciones en días	0 días
Proveedor(es) seleccionado(s)	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Estado del contrato	Firmado
Liquidación	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Obligaciones Ambientales	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Obligaciones Pos Consumo	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No
Reversión	<input type="radio"/> Sí <input checked="" type="radio"/> No

Entidad Estatal


SENA TOLIMA 1

 COLOMBIA, Ibagué
 ★★★★★

Proveedor Seleccionado


ANDRES LEONARDO RUBIO CALDERON

 COLOMBIA, Ibagué
 ★★★★★

Cuenta bancaria del proveedor



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP **1105469498**

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **43514026**

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número 03	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código T 3 E
--	---	------------------	------------------------------------	--	--	---------------------

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía
COLOMBIA * * * * * TOLIMA * * * * * IBAGUE * * * * *

Datos del Inscrito

Primer Apellido **RUBIO** * * * * *

Segundo Apellido **BAQUERO** * * * * *

Nombre(s) **SANTIAGO ANDRES** * * * * *

Fecha de nacimiento

Año **2009** Mes **ABR** Día **29**

Sexo (en letras) **MASCULINO** Grupo sanguíneo **A** Factor RH **POSITIVO**

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA * * * * * TOLIMA * * * * * IBAGUE * * * * *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO NACIDO VIVO * * * * *

Número certificado de nacido vivo **51390266-0** * *

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos **BAQUERO CARDENAS JOHANNA SOFIA** * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) **CC 1,110,448,627 DE IBAGUE** * * * * *

Nacionalidad **COLOMBIANA** * *

Datos del padre

Apellidos y nombres completos **RUBIO CALDERON ANDRES LEONARDO** * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) **CC 93,239,520 DE IBAGUE** * * * * *

Nacionalidad **COLOMBIANA** * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos **RUBIO CALDERON ANDRES LEONARDO** * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) **CC 93,239,520 DE IBAGUE** * * * * *

Firma

Datos Primer testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) **DE** * * * * *

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos * * * * *

Documento de identificación (Clase y número) **D** * * * * *

Firma

Fecha de inscripción

Año **2009** Mes **MAY** Día **07**

Nombre y firma del funcionario que autoriza **MANUEL RAMON CARDOZO NEIRA**

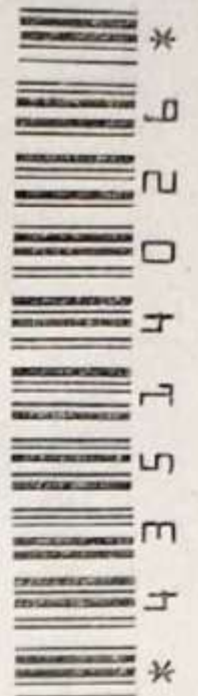
Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento **MANUEL RAMON CARDOZO NEIRA**

ESPACIO PARA NOTAS

LIBRO DE VARIOS FOLIO N° 124 LIBRO N° 146 De 07-05-2009



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -