

MUNICIPIO DE CARTAGO
VALLE DEL CAUCA
Nit: 891.900.493.2
DECLARACIÓN JURAMENTADA
PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

IDENTIFICACIÓN					
NOMBRES Y APELLIDOS	LEIDY JHOANA OSORIO VALENCIA				
No. IDENTIFICACIÓN	1112789174				
SERVICIO PRESTADO	PRESTAR LOS SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL A LA CASA DE JUSTICIA EN LAS DIFERENTES FUNCIONES DE ÍNDOLE ADMINISTRATIVO QUE DESARROLLA ESTE CENTRO, EN EJECUCIÓN DEL PROYECTO DENOMINADO: “FORTALECIMIENTO DE LOS PROCESOS PARA LA PROMOCIÓN AL ACCESO A LA JUSTICIA EN EL MUNICIPIO DE CARTAGO”.				
DECLARANTE DE RENTA	NO DECLARANTE DE RENTA		X		
Yo asumiré costos y gastos al final del año (de marcar la opción SI, se aplicará el Art. 392 del E.T, teniendo en cuenta las retenciones con las tarifas tradicionales (4%, 6%, 10%, 11%), no continúe diligenciando este formato, y de marcar la opción NO, se aplicará el Art. 383 del E.T y se deberá diligenciar el Formato para realizar la depuración correspondiente).					
		SI		NO	X
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.	x				
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 programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.					
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, certificado por Medicina Legal.					
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.					
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.					
Relación de Dependientes					
Nombres y Apellidos	Tipo de Documento	Identificación No.	Edad	Parentesco	
Mariangel Ramirez Osorio	RC	1113870051	6 años	Hija	
Emmanuel Ramirez Osorio	RC	1113872305	20 meses	Hijo	
4. Trabajadores vinculados					
¿Ha vinculado dos o más trabajadores asociados a la actividad?	SI		NO	X	
La anterior se firma el día veintitrés (23) del mes de JULIO del año dos mil veinticinco (2025) Manifiesto que lo declarado anteriormente es verdadero y para tal efecto firmo este documento.					

Firma