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

IDENTIFICACIÓN					
NOMBRES Y APELLIDOS	CAMILO ERNESTO MARTÍNEZ LIZALDA				
No. IDENTIFICACIÓN	16.233.935				
SERVICIO PRESTADO	PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN				
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 continue 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.	NO
b) Hijos con edad entre 18 y 23 años, el cuál usted se encuentre financiando su educación en instituciones	NO
c) Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o	NO
d) Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de	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 **14** del mes de **AGOSTO** del año dos mil veinticinco **(2025)**

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

Firma