	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, **Elmer Palacios Mosquera**, identificado con Cédula de Ciudadanía No **1.027.943.027**, 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
Eithan Andrey Palacios Ramírez R.C. 1.028.045.717	Hijo	4 años

- 1.1. Declaro que mi cónyuge, Sindy Paola Ramírez Cuesta identificada con la C.C. No. 1.045.502.657 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 conyuges.** Declaro que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyuge 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 ____ NO **X** 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.			
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 Apartado, Antioquia, a los 30 días del mes de septiembre de 2025.

Atentamente,

ELDER PALACIOS M.

Firma del Contratista

C.C. No. 1.096.239.225



REPUBLICA DE COLOMBIA
ORGANIZACION ELECTORAL
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Número: **N** 2751944

NUIP 1.028.045.717

Tipo de certificado

Datos Esenciales

Acreditar Parentesco

Datos del Inscrito

Apellidos y Nombres completos

PALACIOS RAMIREZ EITHAN ANDREY.....

Fecha de Nacimiento (Mes en letras)

Sexo (en letras)

Tipo Sanguíneo

Año 2 0 2 1 Mes O C T Día 0 7 MASCULINO..... B +.....

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

COLOMBIA ANTIOQUIA APARTADO.....

Fecha de Inscripción (Mes en letras)

Indicativo serial

Año 2 0 2 1 Mes O C T Día 1 1 0060874086.....

Datos de la Madre

Apellidos y Nombres completos

RAMIREZ CUESTA SINDY PAOLA.....

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.045.502.657..... COLOMBIA.....

Datos del Padre

Apellidos y Nombres completos

PALACIOS MOSQUERA ELMER.....

Documento de Identificación (Clase y número)

Nacionalidad

CEDULA DE CIUDADANIA 1.027.943.027..... COLOMBIA.....

Datos del Solicitante

Apellidos y Nombres completos

PALACIOS MOSQUERA ELMER.....

Documento de Identificación (Clase y número)

CEDULA DE CIUDADANIA 1.027.943.027.....

Espacio para notas

VALIDEZ PERMANENTE Y VALIDO PARA TODOS LOS EFECTOS, ARTICULO 21 LEY 962...
DE 2005.....

Datos de la oficina de registro que expide el certificado

País - Departamento - Municipio

COLOMBIA ANTIOQUIA APARTADO.....

Código

A 9 T

Fecha de Expedición del certificado (mes en letras)

Nombre y firma del funcionario

Año 2 0 2 1 Mes O C T Día 1 1



PEDRO PABLO CIFUENTES CASTRO - REG
Registrador del Estado Civil