	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, Edison Antonio Vivas Arteaga, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 1120216840, 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
Samuel Esteban Vivas Moreno	Hijo	16

1.1. Declaro que mi cónyuge, Francly Julieth Moreno Duarte, identificada con la C.C. No. 1120216387, 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

				
	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 Mocoa a los 30 días del mes de septiembre de 2025

Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No. 1120216840



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

NUIP 1.120.217.238

**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

43095086

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría Notaría Número Consulado Corregimiento Inspección de Policía Código

Datos de la oficina de registro - País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SAN FRANCISCO - COLOMBIA - PUTUMAYO - SAN FRANCISCO

Datos del inscrito

Primer Apellido: VIVAS Segundo Apellido: MORENO

Nombre(s): SAMUEL ESTEBAN

Fecha de nacimiento: Año 2009 Mes MAR Día 17 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Rh (+)

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA PUTUMAYO SAN FRANCISCO

TESTIGOS

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: Número certificado de nacido vivo:

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: MORENO DUARTE FRANCY JULIETH

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.120.216.387 Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: VIVAS ARTEAGA EDISON ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.120.216.840 Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: VIVAS ARTEAGA EDISON ANTONIO

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.120.216.840 Firma: Edison Vivas

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: CERON CUCHALA CARLOS ALIRIO

Documento de identificación (Clase y número): CC 97.480.844 Firma: Carlos Ceron

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: REVELO MORENO KATHERINE MICHEL

Documento de identificación (Clase y número): CC 1.120.216.861 Firma: Katherine Revelo Moreno

Fecha de inscripción

Año 2009 Mes ABR Día 07

Nombre y firma del funcionario que autoriza

STELLA YOLANDA OBANDO ROJAS - REG
Nombre y firma: [Firma]

Reconocimiento paterno

Firma: Edison Vivas

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma: [Firma]

ESPACIO PARA NOTAS

Serial N° 43095086
Valido para [Firma]
Fecha [Firma]

Adhesivo Copia Registro Civil
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
23122208-7

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -