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

## DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, **Mario Andrés González Guerrero**, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. **13.071.201**, 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
LAURA CAMILA GONZALEZ ESPINOSA	HIJA	2 AÑOS

1.1. Declaro que mi cónyuge, **Lizet Carolina Espinosa Cuéllar** identificado (a) con la C.C. No. **1.061.691.279** 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

- 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

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


SI  NO

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



**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y  
DESARROLLO RURAL**

	<b>FORMA</b>	DECLARACIÓN JURAMENTADA	<b>CÓDIGO</b>	GEFIN-F-004
	<b>ACTIVIDAD</b>	GESTIÓN DE PAGOS	<b>VERSIÓN</b>	6
	<b>PROCESO</b>	GESTIÓN FINANCIERA	<b>FECHA</b>	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 Bogotá a los 30 días del mes de Noviembre de 2025

Atentamente,



Firma del Contratista

C.C. No. 13.071.201 de Pasto



# CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE NACIDO VIVO

**23033310392830**

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

<b>LUGAR DEL NACIMIENTO</b>			
Departamento <b>NARIÑO</b>		Municipio <b>PASTO</b>	
<b>ÁREA DEL NACIMIENTO</b>			
Área <b>Cabecera Municipal</b>		Centro Poblado (Inspección, corregimiento o caserío)	
<b>FECHA DEL NACIMIENTO</b>		<b>HORA DEL NACIMIENTO</b>	
Año - Mes - Día <b>2023-03-24</b>		Hora - Minutos <b>07:45:00</b>	
<b>SEXO DEL NACIDO VIVO</b>		<b>HEMOCLASIFICACIÓN DEL NACIDO VIVO</b>	
<b>Femenino</b>		Grupo sanguíneo	Factor RH
<b>IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE</b>			
Tipo de documento <b>Cédula de ciudadanía</b>		Número de documento <b>1061691279</b>	
<b>APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DE LA MADRE (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b>			
Primer apellido <b>ESPINOSA</b>	Segundo apellido <b>CUELLAR</b>	Primer nombre <b>LIZET</b>	Segundo nombre <b>CAROLINA</b>
<b>DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL NACIDO VIVO ES RECONOCIDO POR SUS PADRES COMO</b>			
Pertenece a étnica <b>Ninguno de los anteriores</b>		¿A cuál pueblo indígena pertenece?	

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA EL NACIDO VIVO

<b>IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR</b>			
Tipo de documento <b>Cédula de ciudadanía</b>		Número de documento <b>1085277885</b>	
<b>APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR</b>			
Primer apellido <b>RIASCOS</b>	Segundo apellido <b>ARCINIEGAS</b>	Primer nombre <b>AYDA</b>	Segundo nombre <b>CONSTANZA</b>
<b>PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO</b>		<b>REGISTRO PROFESIONAL</b>	
<b>Médico</b>		<b>1085277885</b>	
<b>LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO</b>			
Departamento <b>NARIÑO</b>		Municipio <b>PASTO</b>	
<b>FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO</b>		<b>FIRMA DE QUIEN CERTIFICA EL NACIMIENTO</b>	
Año - Mes - Día <b>2023-03-24</b>			



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

**NUIP** 1250088041

**REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial **63867408**



6 3 8 6 7 4 0 8

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registrador <input checked="" type="checkbox"/>	Notaria <input type="checkbox"/>	Número <input type="text"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de <input type="checkbox"/>	Código	A	Z	S
Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - NARIÑO - PASTO COMPAÑIA OPERADORA CLINICA HISPANOAMERICA SAS * * * *									

**Datos del Inscrito**

Primer Apellido					Segundo Apellido						
GONZALEZ * * * * *					ESPINOSA * * * * *						
Nombre(s)											
LAURA CAMILA * * * * *											
Fecha de nacimiento				Sexo (en letras)		Grupo sanguíneo		Factor RH			
Año	2	0	2	3	Mes	M	A	R	Día	2	4
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)											
COLOMBIA - NARIÑO - PASTO * * * * *											

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	23033310392830 * * * * *

**Datos de madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos

ESPINOSA CUELLAR LIZET CAROLINA \* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1061691279 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

**Datos de padre o madre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)**

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ GUERRERO MARIO ANDRES \* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 13071201 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

GONZALEZ GUERRERO MARIO ANDRES \* \* \* \* \*

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 13071201 * * * * *	

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

\* \* \* \* \*

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

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

\* \* \* \* \*

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

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 3 Mes M A R Día 2 4	 ROSANGELA ESTUPIÑAN CALVACHE Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
 Firma	 Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

# Registro Civil de Nacimiento

OBSERVACIONES: Las huellas plantares, se tomarán únicamente, a los inscritos menores de un año, las huellas digitales, deben tomarse a todos los inscritos, exceptuando los menores de un mes que presentan dificultades técnicas para dicha toma (Decreto 1873 de

## HUELLAS PLANTARES

PIE IZQUIERDO

PIE DERECHO



## HUELLAS DIGITALES

INDICE DERECHO

Imposibilidad física de capturar la huella

INDICE IZQUIERDO

Imposibilidad física de capturar la huella