Bugalagrande, Valle del Cauca Alcaldía Municipal	**DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA EFECTOS DE DEPURACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR PAGOS DE HONORARIOS, PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONALES Y PAGO POR SALARIOS**	Código: FTO-333-01 Versión: 03 Fecha de Aprobación: 22 de julio de 2024 Página **1** de **1**

DOCUMENTO CONTROLADO POR EL SGC

DATOS DEL CONTRATISTA Y/O FUNCIONARIO

Nombres y Apellidos	MARIA DEL ROSARIO MEJIA CHAVEZ	**Identificación**	**1.127.390.635**
Tipo de Ingreso	Honorarios ☐ Prestación de Servicios ☒ salarios ☐	**Declara Renta**	Si ☒ No ☐

Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2 del Artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el Artículo 17 de la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, sobre la reducción de la base de retención en la fuente a los pagos mensualizados por concepto de honorarios y prestación de servicios personales, me permito **DECLARAR BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** que **NO** he contrato o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la ejecución de este contrato y **NO** me tomare costos o deducciones asociadas a dicha renta, conforme a lo anterior solicito la aplicación de la retención en la fuente **según Artículo 383 del Estatuto Tributario** y que adicional cumplo con las siguientes deducciones:

1. Crédito de Vivienda y Aportes a Cuentas AFC	a) ¿Pago intereses por Crédito Hipotecario o Leasing Habitacional? **Si** ☐ **No** ☒ b) ¿Mi crédito de vivienda es compartido? **Si** ☐ **No** ☒ porcentaje que me corresponde: **100%** ☐ **50%** ☐ **Otro** ____% d) ¿Realizo aportes a Cuentas AFC? **Si** ☐ **No** ☒ **(ADJUNTAR CERTIFICADO BANCARIO SEGÚN APLIQUE)**
2. Pagos de Salud	a) ¿Realizo pagos por Medicina Prepagada? **Si** ☐ **No** ☒ b) ¿Realizo pagos por Planes de Atención Complementaria en Salud? **Si** ☒ **No** ☐ c) ¿Realizo pagos por Pólizas de Seguros en Salud? **Si** ☐ **No** ☒ **(ADJUNTAR CERTIFICADO DEL PAGO DE SALUD SEGÚN APLIQUE)**
3. Pagos Dependientes	**¿Tengo alguno de los siguientes dependientes?** **Si** ☐ **No** ☒ Hijos menores de 18 años. **(RELACIONAR DEPENDIENTES ABAJO).** **Si** ☐ **No** ☒ Hijos con edad entre 18 y 23 años, que se encuentren financiando su educación en instituciones formales de educación superior o en los programas técnicos. **(CERTIFICADO ESTUDIOS).** **Si** ☐ **No** ☒ **Hijos** mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. **(CERTIFICADO MEDICINA LEGAL O MEDICO).** **Si** ☐ **No** ☒ Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos menores a doscientas sesenta (260) UVT, **(CERTIFICADO CONTADOR).** **Si** ☐ **No** ☒ 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, **(CERTIFICADO CONTADOR).**

RELACIÓN DE DEPENDIENTES (SI APLICA)

Nombres y Apellidos	Identificación No.		Edad	Parentesco
	CC ☐ TI ☐			
	CC ☐ TI ☐ RC ☐			
	CC ☐ TI ☐ RC ☐			
	CC ☐ TI ☐ RC ☐			

Manifiesto que lo declarado anteriormente está debidamente certificado, y para tal efecto firmo este documento el día 22 del mes de diciembre del año 2025



Firma Declarante

Este documento es propiedad de la Alcaldía Municipal de Bugalagrande. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del SGC