DECLARACIÓN JURAMENTADA

Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, SANDRA LORENA LEON WALTEROS, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1.049.628.066, 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:

1. 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
GABRIELA PALACIOS LEON	HIJA	10 AÑOS

1.1. Declaro que mi cónyuge, JOSE ISAIAS PALACIOS PALACIOS identificado (a) con la C.C. No. 4.265.271 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 Articulo 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 Articulo 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__

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 __X__ NO ____ estoy vinculado actualmente mediante dos (2) o más contratos de prestación de servicios con entidades públicas.

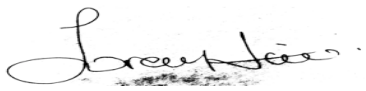
   - Si en la pregunta anterior marcó SI, diligencie la siguiente información:

NO.	NOMBRE ENTIDAD PÚBLICA	NÚMERO DEL CONTRATO	VALOR HONORARIOS MENSUALES
1.	ALCALDIA MUNICIPAL DE SOTAQUIRA	CPS 043 DE 2026	$3.700.000
2.	ALCALDIA MUNICIPAL DE CERINZA	CO1.PCCNTR.8990529	$4.000.000
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 abril de 2026

Atentamente,



_____

Firma del Contratista

C.C. No.1.049.628.066 de Tunja.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1.145.427.676

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54541059

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código D U C

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE SOGAMOSO H. R. SOGAMOSO - COLOMBIA - BOYACA - SOGAM

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
PALACIOS	LEON

Nombre(s)

GABRIELA

Fecha de nacimiento			Hora (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015	Mes DIC	Día 25	FEMENINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA BOYACA SOGAMOSO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigo	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	52452563-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

LEON WALTEROS SANDRA LORENA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 1.049.628.066	COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

PALACIOS PALACIOS JOSE ISAIAS

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC 4.265.271	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

LEON WALTEROS SANDRA LORENA

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC 1.049.628.066	

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

Año 2015 Mes DIC Día 29

Nombre y firma del funcionario que autoriza

CARMEN STELLA GUIO TELLEZ - REGIS

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

29.DIC.2015 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 9 FOLIO 0007.

REGISTRADURIA DEL ESTADO CIVIL
SOGAMOSO - BOYACA

AUTENTICACION

El Suscrito Registrador Municipal del Estado Civil
CERTIFICA
que el presente documento es fotocopia auténtica
que reposa en el despacho.

Autoadhesivo Exigido Registro Civil

30 DIC 2015

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -