	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, DIANA JISETH QUERUBIN GONZALEZ, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 52.884.035, 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

1.1. Declaro que mi cónyuge, _____ identificado (a) con la C.C. No. _____ 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 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 X

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


SI X 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 X NO ___



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 Bogotá a los 31 días del mes de mayo de 2026.

Atentamente,



Firma del Contratista
C.C. No.52.884.035



Skandia Pensiones y Cesantías S.A. con Nit. 800.148.514-2 como administradora Fondo Voluntario de Pensión Skandia Multifund

Certifica

A quien interese

Que DIANA JISETH QUERUBIN GONZALEZ identificada con cédula de ciudadanía número 52884035 es partícipe en FONDO VOLUNTARIO DE PENSIÓN SKANDIA MULTIFUND bajo la afiliación número 100006485175, vigente desde el 6 de Noviembre de 2025.

La anterior certificación se expide por solicitud del afiliado en Bogotá el 1 de Junio de 2026.

Atentamente,

WALTER VALENZUELA CALDERON
Director de Servicio al Cliente

0-20260601-16:13-28467201

Bogotá
658 4000
484 1300

Resto del País
01 8000 517 526

Dirección
Av 19 # 109a - 30
Bogotá, Colombia

Correo
cliente@skandia.com.co

www.skandia.com.co



ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S. EPS
SANITAS



N.I.T. : 800.251.440-6

Línea de atención en:

Bogotá: 3759393

Nacional: 018000957010

#936 desde líneas Claro, Movistar, Tigo

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO PLAN DE ATENCIÓN COMPLEMENTARIA

Bogotá, 01 de junio de 2026

A QUIEN CORRESPONDA

EPS Sanitas certifica, que durante el año gravable 2025, **DIANA JISETH QUERUBIN GONZALEZ** identificado (a) con CC No. **52884035**, Titular del Contrato No.318461141, pagó por concepto de cuotas de PLAN PREMIUM, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
DIANA JISETH QUERUBIN GONZALEZ	CC 52884035	TITULAR	01-01/31-12	\$662.312	\$33.116	\$695.428
BENJAMIN QUERUBIN JARAMILLO	CC 19173304	OTROS	01-01/31-12	\$1.285.963	\$64.298	\$1.350.261
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				\$0	\$0	\$0

LA SUMA DE: \$2.045.689 (DOS MILLONES CUARENTA Y CINCO MIL SEISCIENTOS OCHENTA Y NUEVE PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, artículo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud es 16 UVT.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones