

	DECLARACIÓN JURAMENTADA PERSONA NATURAL			Código: 163,15,15-92
	GESTIÓN FINANCIERA Y CONTABLE			Versión: 02
	PROCEDIMIENTO TRÁMITE DE PAGO			Fecha: 26/02/2025
				Páginas: 1/1
Yo, <u>Yuri Maritza Espinosa Moreno</u> identificado (a): CC: <input checked="" type="checkbox"/> CE: <input type="checkbox"/> número <u>1069735476</u> con contrato No. <u>408 – 2026</u> suscrito con la UARIV, para los efectos de la base del cálculo de la Retención en la Fuente, establecido en la Ley 2277 de 2022 “Reforma Tributaria para la Igualdad y la Justicia Social” y Decreto 2231 del 22 diciembre de 2023, informo bajo la gravedad de juramento lo siguiente:				
1. Lugar de residencia				
Soy residente en Colombia de conformidad con el Artículo 10 del Estatuto Tributario. SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>				
2. Solicitud de deducciones y/o beneficios tributarios				
2.1 Interés de vivienda				
De acuerdo con el Artículo 387 del E.T, solicito la deducción de mi base de retención en la fuente por intereses de vivienda, de acuerdo con la certificación expedida por la entidad financiera correspondiente al año inmediatamente anterior. (adjuntar soporte)				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
(indicar el porcentaje de acuerdo con la participación en el crédito) El porcentaje de deducción a tener en cuenta en la liquidación, de disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario es de: _____%				
2.2 Medicina prepagada o Plan complementario				
De acuerdo con el Artículo 387 del E.T., Inciso 2, solicito la deducción de mi base de retención en la fuente por concepto de medicina prepagada o plan complementario, según el certificado expedido por la empresa prestadora del servicio correspondiente al año inmediatamente anterior. Unicamente para cuando soy el titular del contrato. (Adjuntar soporte)				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
2.3 Informacion de Dependientes, Art 387 E.T. Decreto 1625 de2016. Artículo 1.2.4.1.18 “Marque la(s) opción(es) que cumpla(n) con la condición de dependientes y adjunte los certificados correspondientes”				
Los hijos del contribuyente que tengan hasta dieciocho (18) años de edad. (anexar Registro Civil)				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Los hijos del contribuyente con edad entre dieciocho (18) y veinticinco (25) años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el Instituto Colombiano para la Evaluación de la Educación -ICFES o la autoridad oficial correspondiente, o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. (anexar Certificación semestral de pago matrícula expedida por la respectiva entidad educativa y Registro Civil).				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (anexar certificado por el Ministerio de Salud y Protecciór Social o la entidad determinada por las normas vigentes).				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) Unidades de Valor Tributario -UVT (anexar tarjeta profesional y certificación del contador) , o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (anexar certificado de Medicina Legal).				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Los padres y los 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) Unidades de Valor Tributario -UVT, (anexar tarjeta profesional y certificación del contador) , o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos. (anexar certificado de Medicina Legal).				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Relación de dependientes				
NOMBRES Y APELLIDOS	TIPO DE DOCUMENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	CALIDAD DE DEPENDENCIA
2.4 Aporte cuenta AFC y/o Aportes voluntarios a pensión (Diferentes a los Obligatorios)				
Acogiéndome al beneficio de los Art. 126-1 y 126-4 del E.T., solicito que para el presente pago que está en trámite se aplique la deducción por concepto de Aporte cuenta AFC y/o Aportes voluntarios a pensión (Diferentes a los Obligatorios). (Anexar certificación bancaria de la cuenta AFC y certificación que indique el valor a descontar o copia de la consignación mensual o transferencia electrónica)				SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Esta declaración se firma a los 02 días del mes de junio del año 2026				
<div>Yuri Maritza Espinosa Moreno</div> <div>1069735476</div>				