

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

**DOCUMENTO CONTROLADO POR EL SGC**

**DATOS DEL CONTRATISTA Y/O FUNCIONARIO**

|                            |                                                                                                                                      |                       |                                                                    |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos</b> | Luis Gabriel Soto                                                                                                                    | <b>Identificación</b> | 74.861.834                                                         |
| <b>Tipo de Ingreso</b>     | Honorarios <input type="checkbox"/> Prestación de Servicios <input checked="" type="checkbox"/><br>Salarios <input type="checkbox"/> | <b>Declara Renta</b>  | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

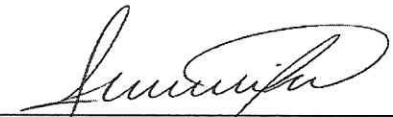
Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2 del Artículo 383 del Estatuto Tributario, modificado por el Artículo 17 de la Ley 1819 del 29 de diciembre de 2016, sobre la reducción de la base de retención en la fuente a los pagos mensualizados por concepto de honorarios y prestación de servicios personales, 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:

|                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1. Crédito de Vivienda y Aportes a Cuentas AFC</b> | a) ¿Pago intereses por Crédito Hipotecario o Leasing Habitacional? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/><br>¿Mi crédito de vivienda es compartido? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/><br>porcentaje que me corresponde: 100% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> Otro _____ %<br>d) ¿Realizo aportes a Cuentas AFC? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/><br><b>(ADJUNTAR CERTIFICADO BANCARIO SEGÚN APLIQUE)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>2. Pagos de Salud</b>                              | a) ¿Realizo pagos por Medicina Prepagada? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/><br>b) ¿Realizo pagos por Planes de Atención Complementaria en Salud? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/><br>c) ¿Realizo pagos por Pólizas de Seguros en Salud? Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/><br><b>(ADJUNTAR CERTIFICADO DEL PAGO DE SALUD SEGÚN APLIQUE)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>3. Pagos Dependientes</b>                          | <b>¿Tengo alguno de los siguientes dependientes?</b><br>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Hijos menores de 18 años. <b>(RELACIONAR DEPENDIENTES ABAJO).</b><br>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 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. <b>(CERTIFICADO ESTUDIOS).</b><br>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos. <b>(CERTIFICADO MEDICINA LEGAL O MEDICO).</b><br>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos menores a doscientas sesenta (260) UVT, <b>(CERTIFICADO CONTADOR).</b><br>Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> 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, <b>(CERTIFICADO CONTADOR).</b> |

**RELACIÓN DE DEPENDIENTES (SI APLICA)**

| Nombres y Apellidos | Identificación No.                                                    | Edad | Parentesco |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|------|------------|
| GABRIEL SOTO VELEZ  | CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> 1.113.038.499 | 17   | HIJO       |
| MARIANA SOTO VELEZ  | CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/> 1232799051    | 9    | HIJA       |
|                     | CC <input type="checkbox"/> TI <input type="checkbox"/>               |      |            |

Manifiesto que lo declarado anteriormente está debidamente certificado, y para tal efecto firmo este documento el día 17 del mes de Junio del año 2026.

  
 Firma Declarante