

	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

CARMEN MILENA RINCÓN ANDRADE, identificada con Cédula de Ciudadanía No. **1.070.596.609**, 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
ANA MARIA BARRERO RINCÓN	HIJA	11 AÑOS

- 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.
- Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:
 - 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 conyuge no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario (Decreto 3750 de 1986 Artículo 8) _____
 - Aporte cuenta AFC:** Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta
 SI ___ NO X
 - Aportes voluntarios a pensión:** (Diferentes a los Obligatorios) anexo certificación.
 SI ___ NO X
 - 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
- Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.



**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

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.			

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 junio de 2026.

Atentamente,



Carmen Milena Rincón Andrade

C.C. No. 1.070.596.609

Contratista.

Anexo: registro civil de nacimiento del menor a cargo.



**MINISTERIO DE AGRICULTURA Y
DESARROLLO RURAL**



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL



NUIP 1.028.725.380

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 54915639

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☒ Notaría ☐ Numero ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código A C I

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

REGISTRADURIA DE BARRIOS UNIDOS HOSP INFANTIL SAN JOSE - COLOMBIA -

Datos del inscrito

Primer Apellido BARRERO Segundo Apellido RINCON

Nombre(s) ANA MARIA

Fecha de nacimiento Año 2014 Mes SEP Día 22 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo A Factor RH POSITIVO

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO

Numero certificado de nacido vivo 13093926-9

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos RINCON ANDRADE CARMEN MILENA

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.070.596.609

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos BARRERO CARDENAS JUAN DAVID

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.023.915.973

Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos BARRERO CARDENAS JUAN DAVID

Documento de identificación (Clase y número) CC 1.023.915.973

Firma

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 2014 Mes SEP Día 25

Nombre y firma del funcionario que autoriza FILADELFO VELASQUEZ BARRERA REG

Nombre y firma

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento

Firma

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

25.SEP.2014 - LIBRO DE VARIOS - TOMO 26 FOLIO 0134.

ESTE REGISTRO ES FOTOCOPIA AUTENTICA DEL ORIGINAL, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY 1260 DE 1970, TIENE VIGENCIA PERMANENTE ART 1 DECRETO 2189 de 1983, SE OMITE SELLO SEGÚN ART. 11 DECRETO 2150 DE 1987

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

FECHA DE EXPEDICION 26 SET. 2014

FILADELFO VELASQUEZ BARRERA REGISTRADOR AUXILIAR DEL ESTADO CIVIL LOCALIDAD 12 - BARRIOS UNIDOS