

	GOVERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN		Código: FOR-GF-003
			Versión: 01
	PROCESO:	GESTIÓN FINANCIERA	Pág.1 de 5
	FORMATO PARA APLICAR LA DISMINUCIÓN DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE		Vigente desde: 29/04/2026

Ciudad: IBAGUÉ **Día:** 14 **Mes:** JULIO **Año:** 2026

**FORMATO PARA DISMINUCIÓN DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE
2026 PARA PERSONAS NATURALES QUE EJECUTEN CONTRATOS DE PRESTACIÓN
DE SERVICIOS**

DATOS DEL CONTRATISTA	INFORMACIÓN DETALLADA
Nombre Completo:	ANGELICA ROCIO TOVAR CALEÑO
Documento de Identidad:	65829460
No y Fecha del Contrato:	1101 DE ENERO 14 DE 2026
Dependencia:	SECRETARIA DE DESARROLLO AGROPECUARIO
Fecha de la Certificación:	JULIO 14 DE 2026

Adjunto los siguientes soportes para dar aplicación al artículo 387 parágrafo 2 del estatuto tributario:

1. Que las siguientes personas dependen de mí económicamente, conforme a lo registrado a continuación:

NOMBRES Y APELLIDOS DEL DEPENDIENTE ECONÓMICO	TIPO DE IDENTIFICACIÓN	NÚMERO DEL DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CALIDAD DE DEPENDIENTE ECONÓMICO (registre el respectivo número según el listado)	ANEXO
SARA ISABELLA LEYTON TOVAR	NUIP	1107978850	2	registro civil y copia de recibo de matrícula

	GOBERNACIÓN DEL TOLIMA SISTEMA INTEGRADO DE GESTION		Código: FOR-GF-003
			Versión: 01
	PROCESO:	GESTIÓN FINANCIERA	Pág.3de 5
	FORMATO PARA APLICAR LA DISMINUCIÓN DE LA BASE DE RETENCIÓN EN LA FUENTE		Vigente desde: 29/04/2026

2. Además, adjunto los siguientes soportes correspondientes y me comprometo a comunicar oportunamente cualquier cambio que modifique de lo juramentado en la presente certificación:

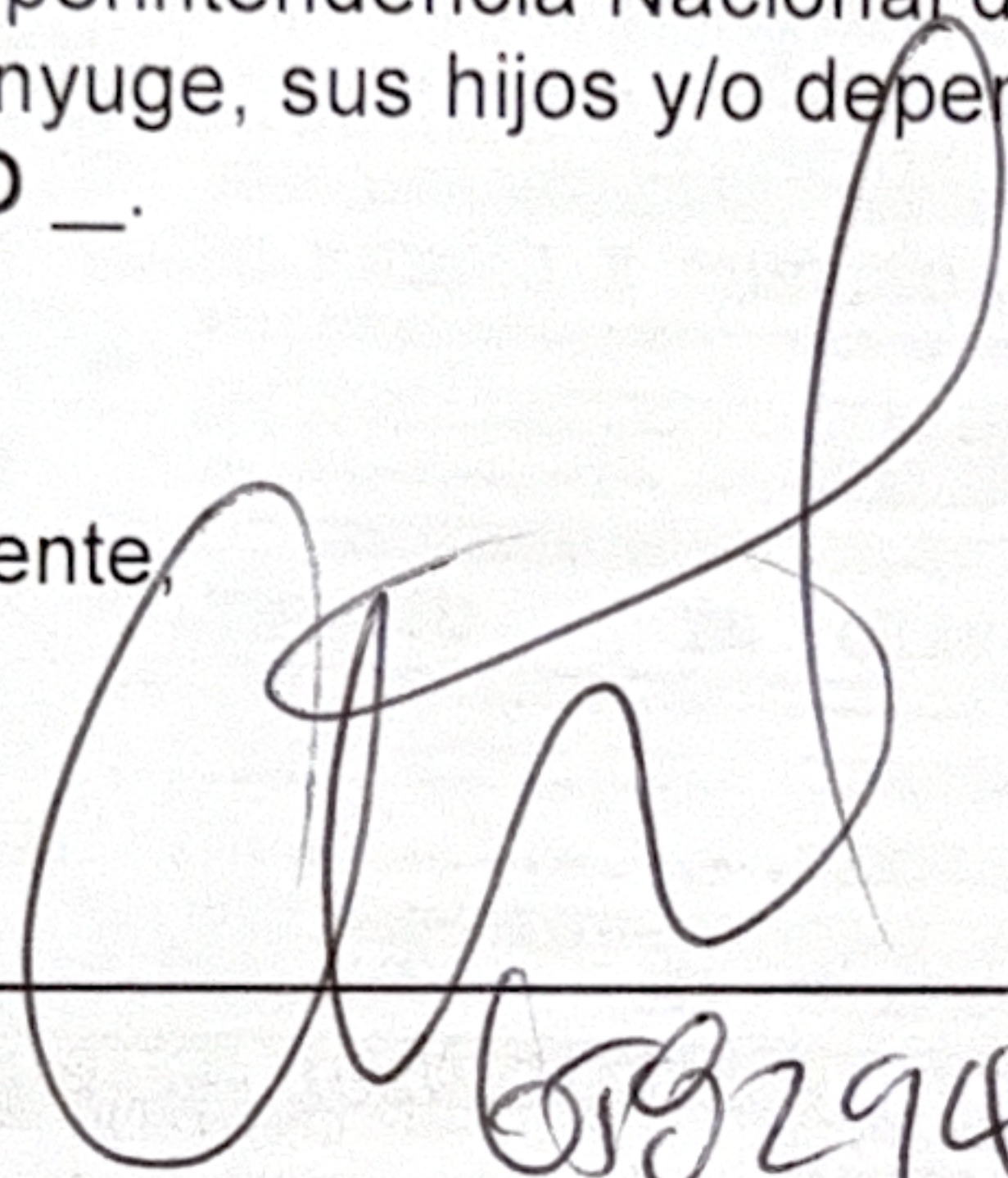
- Certificado de pago de intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda del mes anterior al periodo de cobro. **SI** __ **NO** __.
- Certificación de pago a empresas de medicina prepagada vigilada por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes, del mes anterior del periodo de cobro. **SI** **NO** __.

Cordialmente,

FIRMA

CC

Tel.


 65929460.
 3162533411

FECHA	DESCRIPCIÓN DEL CAMBIO	VERSIÓN
29/04/2026	Primera Emisión del Formato	01



GOBERNACIÓN DEL TOLIMA
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION

PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

FORMATO PARA APLICAR LA DISMINUCIÓN DE LA BASE
DE RETENCIÓN EN LA FUENTE

Código:
FOR-GF-003

Versión: 01

Pág.4de 5

Vigente
desde:
29/04/2026

DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIF 1107978850 REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO Indicativo Serial 41136796

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Reg. no. 05 Contestado Corregimiento Inspección de Policía Código T 6 B

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Datos del nascito

Primer Apellido LEYTON Segundo Apellido TOVAR

Nombre(s) SARA ISABELLA

Fecha de nacimiento 2007 Dic 12 Sexo Femenino Grupo Sanguíneo A Factor RH Positivo

COLOMBIA TOLIMA IBAGUE

Tipo de documento antecedente y Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO Y TESTIGOS A 8035167

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos TOVAR CALENO ANGELICA ROCIO

Documento de identificación (Clase y número) CC.No.65.829.460 DE CHAPARRAL - TOLIMA Nacionalidad COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos LEYTON CAMPOS HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC.No.5.884.156 DE CHAPARRAL - TOLIMA Nacionalidad COLOMBIANO

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos LEYTON CAMPOS HUMBERTO

Documento de identificación (Clase y número) CC.No.5.884.156 DE CHAPARRAL - TOLIMA

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos CARDENAS VILLEGAS JOSE JULIAN

Documento de identificación (Clase y número) CC.No.93.405.508 DE IBAGUE - TOLIMA

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos JARAMILLO LOPERA OSCAR

Documento de identificación (Clase y número) CC.No.10.165.553 DE LA DORADA - (CDS.)

Fecha de inscripción

Año 2008 Mes ENE Día 14

Nombre y firma del funcionario que otorga el reconocimiento ALBERTO MORENO ROJAS

Reconocimiento paterno

Nombre y firma del funcionario que otorga el reconocimiento ALBERTO MORENO ROJAS

REGISTRADO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 44 FOLIO 209

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO

CONSIGNACIÓN				VALOR
CHEQUE	Código	NºCheque	NºCuenta	
EFECTIVO				
TOTAL CONSIGNADO				