Fecha: 13 Octubre de 2026

Señores
Secretaria de Hacienda
Alcaldía Municipal de La Unión, Valle del Cauca

DECLARACIÓN JURAMENTADA
Para efectos de Retención en la Fuente

Yo, ALBA LUCIA GONZALEZ ESPINOSA, identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 29.305.861, de Bugalagrande (V) 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:

1. Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el ***parágrafo 2, artículo 383 del Estatuto Tributario,*** será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria.

2. Para efectos de lo previsto en el ***artículo 387 del Estatuto Tributario***, y para beneficio tributario de deducción de dependientes (**1.** Hijos menores que tengan 18 años de edad. **2.** Hijos con edad de 18 a 23 años cuando el padre o la madre se encuentren financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. **3.** Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **4.** 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 doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. **5.** Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sean por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.)

DATOS DEPENDIENTES

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	EDAD
María Libia Espinosa de González	Madre	94

3. Préstamo para adquisición de vivienda o contrato leasing destinado para vivienda del trabajador (anexar certificado original del banco, cooperativa, corporación que le realizó el crédito donde se especifique cuánto pagó de intereses durante el año 2024.

SI____NO_X__

4. Pagos por concepto de salud (Anexar certificado original de la entidad de salud donde se exprese cuánto pago en el año 2024 por medicina pre-pagada).

SI____NO__X__

5. Aporte cuenta AFC: Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta.

SI ____ NO _X__

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

SI ____ NO _X__

Cordialmente,

_____
Nombre y Apellido: ALBA LUCIA GONZALEZ ESPINOSA
C.C: 29.305.861 de Bugalagrande (V.)
Dirección: Carrera 5 No. 3-48
Celular: 3215058005