Señores

UNIVERSIDAD FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

Ciudad

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_identificado con la Cédula de Ciudadanía No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Vinculado a la Institución como: Docente: Planta \_\_\_\_ Ocasional\_\_\_\_ Cátedra \_\_\_\_ Tutor \_\_\_\_. Administrativo: Planta \_\_\_\_ Contrato a término fijo \_\_\_\_ Honorarios \_\_\_\_. Conforme al Art. 387 del E.T., certifico sobre las deducciones de mi base de Retención en la Fuente:

1. Intereses por préstamos para compra de vivienda de habitación del año 2017, Anexo No. \_\_\_\_ de certificados.
2. Dependientes: Las siguientes personas se encuentran bajo mi responsabilidad y dependencia económica (Tenga en cuenta los requisitos del anexo No. 1 adjunte e inserte las filas que considere necesarias).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PARENTESCO** | **NOMBRES Y APELLIDOS** | **NUMERO DE DOCUMENTO** | **FECHA DE NACIMIENTO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Contrato de prestación de servicios de medicina prepagada con la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a mi nombre, y los beneficiarios son los siguientes: (nombres, apellidos y documento de identidad). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anexo certificación de la Entidad de Medicina Prepagada.

1. Informe que SI \_\_\_ o NO \_\_\_\_ aporto a Fondo de Pensiones **VOLUNTARIAS** conforme al Art. 15 D. 841 de 1998 (si su respuesta es afirmativa) indico el valor mensual $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Para constancia, firmo en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2018.

NOMBRE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

C.C. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CODIGO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ HUELLA (índice derecho)