**DATOS PERSONALES DEL FUNCIONARIO (a): (Favor utilizar los datos exactos como aparece en la cédula de identidad)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Primer Apellido** | **Segundo Apellido** | **Nombre Completo** |
|  |  |  |
| **Conocido (a) como:** |  |
|  | Elija un elemento. | Elija un elemento. |  |
| **No. Identificación** | **Sexo** | **Estado Civil** | **Fecha Nacimiento** |
|  |  |  | Elija un elemento. |
| **Centro de Trabajo** | **Teléfono** | **Fecha Inicio Labores** | **Condición** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **SOLICITO SE ME APLIQUE EL CRÉDITO FISCAL POR PENSIÓN COMPLEMENTARIA VOLUNTARIA**
 | Elija un elemento. |
|  |  |
| Elija un elemento. |  |
| **Organización que administra Pensión Complementaria Voluntaria** | **Número de Contrato** |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **Fecha de inicio de Pensión Complementaria** | **Monto mensual de Pensión Complementaria** |

**En el caso de solicitar crédito fiscal por pensión complementaria voluntaria, favor presentar una certificación actualizada extendida por la Organización respectiva indicando el monto y las fechas de vigencia (Reglamento para la aplicación de las exenciones por aportes al régimen voluntario de pensiones complementarias) para la devolución de los beneficios fiscales por renta anticipados. SECCION I Aplicación de la exención establecida en el artículo 71 de Protección al trabajador.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **SOLICITO SE ME APLIQUE EL CRÉDITO FISCAL FAMILIAR**
 | Elija un elemento. | **En caso afirmativo por:** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **2.1 Cónyuge:**  | Elija un elemento. | **Adjuntar certificación actualizada de matrimonio extendida por el Registro Civil** |

**Declaro bajo juramento que mi cónyuge no ha solicitado la aplicación de este crédito fiscal**: **☐** (marque con X)

|  |  |
| --- | --- |
| **2.2 Hijos:**  | Elija un elemento. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **En el Rango de 0 a 17 años:** |  | **Adjuntar certificación de nacimiento del Registro Civil.** |
| **(indicar cantidad)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Con imposibilidad de proveer su propio sustento por incapacidad física o mental:** |  | **Adjuntar certificaciones, dictámenes médicos o constancias respectivas.** |
| **(indicar cantidad)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **En el Rango de 18 a 25 años:** |  | **Adjuntar certificación de nacimiento y soltería del Registro Civil y certificación extendida por el Centro Educativo donde cursan estudios.****(Ley impuesto sobre la renta N° 7092, Capítulo VII, de la tarifa del impuesto, Artículo 15)** |
| **(indicar cantidad)** |

**Favor indicar los siguientes datos de hijos declarados para créditos familiares fiscales.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre completo** | **Fecha de nacimiento** | **Edad cumplida** | **Nombre del Centro educativo** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Declaro que me comprometo y me responsabilizo de informar a la Universidad Nacional de cualquier cambio en lo indicado, así como actualizar la presente declaración jurada y certificaciones o prueba documental respectiva.**

**De la misma forma, asumo la responsabilidad legal que pudiera derivarse por el suministro de datos falsos.**

**FIRMA FECHA**