Señores
**Pagador**
Ciudad

Ref. Certificación dependiente Art 387 E.T., para fines de retención en la fuente por pagos laborales

Yo, ___MAILIN LILIANA CLARO_____, identificado(a) con cedula de ciudadanía No. __37.330.488_____ expedida en __OCAÑA_____. Obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo la gravedad del juramento;

**1.-** Que dependen económicamente de mí, en los términos y para fines establecidos en el artículo 387 del Estatuto Tributario, las personas enunciadas a continuación en cada uno de los respectivos grupos:

a. Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

| NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---|---|---|---|
| MOISÉS ELIAS DE LA HOZ CLARO | 1046706118 | 11 | 23/02/2010 |
| MARÍA CAMILA DE LA HOZ CLARO | 1007983185 | 18 | 16/11/2002 |
| | | | |

b. Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre 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

| NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

c. 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.

| NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

d. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o por ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

| NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

e. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o por ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

| NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**2.** Manifiesto tener los soportes que acreditan cada uno de las condiciones enunciadas en el punto anterior y me comprometo a conservarlos y tenerlos a disposición.

**3.** Manifiesto que el beneficio tributario solicitado por las personas enunciadas en primer punto de esta certificación queda en cabeza mía, y no está siendo solicitado por ninguna otra persona en relación con los mismos dependientes.

**4.** Declaro que la entidad pagador., recibe la información anteriormente relacionada, en atención al principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política Colombiana

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación a los 12 días del mes de noviembre de 2021 en dos ejemplares del mismo tenor.



C.C. 37.330.488