Santiago de Cali 12 septiembre de 2022 Ciudad y Fecha

Señores
Departamento Administrativo de Hacienda Municipal
Oficina de Contabilidad
Alcaldía Municipal de Santiago de Cali
Ciudad

Para efectos de la deducción por dependientes (Artículos 387 y 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el Articulo 9 del Decreto 2250 de 2017), CERTIFICO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, que las siguientes personas que relaciono, son mis dependientes y que por ellos no se ha solicitado este beneficio por otro contribuyente:

| CATEGORÍA | CARACTERÍSTICAS |
|---|---|
| 1 | Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. |
| 2 | 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. |
| 3 | Los hijos del contribuyente mayores de 18 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 260 UVT ($ para el año 2022), 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, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT ($ para el año 2022), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. |

| CATEGORÍA | NOMBRE | IDENTIFICACIÓN | PARENTESCO |
|---|---|---|---|
| 1 | Ashley Berrick Angulo | 1109672674 | HIJA |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO:

CERTIFICADO CORRECCIÓN MONETARIA-------- AÑO -------- SI (x) NO ( )

CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA----------AÑO -------- SI ( ) NO ( )



**Nombre:** Diana Luz Angulo Bazán Firma:

**No. de Documento:** 1144128819 Organismo: Secretaria Distrital de Salud


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
NÚMERO 1.109.672.674
BERRICK ANGULO
APELLIDOS
ASHLEY
NOMBRES
Ashley Berrick
FIRMA


FECHA DE NACIMIENTO 17-MAR-2010
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
17-MAR-2028 B+ F
FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO
03-AGO-2017 CARTAGENA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
P-0500150-00931527-F-1109672674-20170814 0057032565A 2 6024557383