Santiago de cali, 10/Marzo/2023
Ciudad y Fecha

Seriores
Departamento Administrativo de Hacienda Municipal
Oficina de Contabilidad
Alcaldia Municipal de Santiago de Cali
Ciudad

Para efectos de la deducci6n por dependientes (Articulos 387, modificado por el articulo 9 de la ley 2277 de 2022 y 388 del Estatuto Tributario; articulos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y articulo 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:

CATEGORIA	CARACTERISTICAS
1	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 anos de edad.
2	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 arios, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educaci6n en instituciones formales de educaci6n superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas tecnicos de educaci6n no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
3	3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) arios que se encuentren en situaci6n de dependencia, originada en factores fisicos o psicol6gicos que sean certificados por Medicina Leqal.
4	El c6nyuge o compariero permanente del contribuyente que se encuentre en situaci6n de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el ario menores a 260 UVT ($11.027.120 para el aria 2023). certificada por contador publico, o por dependencia originada en factores fisicos o psicol6gicos que sean certificados por Medicina Legal.
5	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situaci6n de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el ario menores a 260 UVT ($11.027.120 para el aria 2023), certificada por contador publico, o por dependencia originada en factores fisicos o psicol6gicos que sean certificados por Medicina Legal.

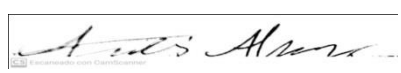
CATEGORIA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO

Indicar la categoria a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO:

CERTIFICADO CORRECCION MONETARIA-------ANO ------ SI ( ) NO (X)

CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA----------ANO ------- SI ( ) NO (X)

Nombre: RAMIRO ANDRES ALVAREZ PAY Firma: 

No. de Documento: 1.151.936.896 Organismo: SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACION