

Santiago de Cali, 21/febrero/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 Artículo 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:

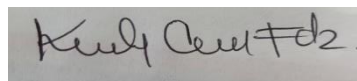
CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS		
1	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.		
2	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas 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 (\$9.881.040 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 (\$9.881.040 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	IDENTIFICACION	PARENTESCO
1	Roldan Camacho Antonella	1.105.385.306	Hija
1	Motta Camacho Alahia	1.108.652.349	Hija

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO:

CERTIFICADO CORRECCION MONETARIA----- AÑO ----- SI () NO (x)
CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA-----AÑO ----- SI () NO (x)

Nombre: Kimberly Rosana Camacho Fernández Firma:



No. de Documento 1.143.840.322 Organismo: SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN



REPÚBLICA DE COLOMBIA



ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.108.652.349

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

53012102

Datos de la oficina de registro - Clien de oficina

Registrador ☐ Notario ☒ Notario 14 ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código T/7 Z

Tipo: Desplazamiento - Privilegiado - Excepcional - sin Inspección de Policía

NOTARIA 14 CALI - COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI

Datos del inscrito

Apellido

Apellido

*****MOTTA*****

*****CAMACHO*****

*****ALAHIA SOPHIA*****

Fecha de nacimiento

Sexo del inscrito

Grupos sanguíneos

Factor Rh

Año 2019

Mes NOV

Día 05

FEMENINO

O

POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Excepcional sin Inspección de Policía)

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI

Tipo de documento automático o Documento de Testigo

Número certificado de nacido vivo

****CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO****

158387957

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

****CAMACHO FERNANDEZ KIMBERLY ROSANA****

Documento de identificación (Cédula y número)

Nacionalidad

****CC**1.143.840.322****

*** COLOMBIA ***

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

****MOTTA ACOSTA ALVARO****

Documento de identificación (Cédula y número)

Nacionalidad

****CC**1.143.832.069****

*** COLOMBIA ***

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

****MOTTA ACOSTA ALVARO****

Documento de identificación (Cédula y número)

****CC No. 1143832069****

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Cédula y número)

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Cédula y número)

Firma

Fecha de inscripción

Nombre y firma del funcionario autorizado

Año 2019

Mes NOV

Día 05

MARIA SOL SINISTERRA ALVAREZ

Nombre y Firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -