Santiago de Cali, 10 / Agosto/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 ($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.

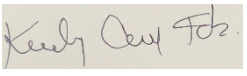
CATEGORÍA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO
1	Roldan Camacho Antonella	1.105.385.306	HIJA
1	Motta Camacho Alahia	1.108.652.349	HIJA

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 Fernandez Firma: 

No. de Documento 1143840322 Organismo: SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN


REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD
1.105.385.306
ROLDAN CAMACHO
ANTONELLA
Antonella


16-JUL-2013
CALI
(VALLE)
16-JUL-2031
A+
F
16-SEP-2020 CALI

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 $3012102

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 14 [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código T 7 Z

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

********** NOTARIA 14 CALI - COLOMBIA – VALLE DEL CAUCA – CALI **********

Datos del inscrito

Primer Apellido: *****MOTTA *****

Segundo Apellido: ***** CAMACHO******

Nombre(s): *****ALAHIA SOPHIA*****

Fecha de nacimiento: Año 2019 Mes NOV Día 01

Sexo (en letras): *** FEMENINO ***

Grupo sanguíneo: O

Factor Rh: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía)

********** COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI **********

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos: ****CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO****

Número certificado de nacido vivo: **158387957**

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: ****CAMACHO FERNANDEZ KIMBERLY ROSANA****

Documento de identificación (Clase y número): ****CC**1.143.840.322****

Nacionalidad: *** COLOMBIA ***

Datos del padre

Apellidos y nombres completos: ****MOTTA ACOSTA ALVARO****

Documento de identificación (Clase y número): ****CC**1.143.832.069****

Nacionalidad: *** COLOMBIA ***

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: ****MOTTA ACOSTA ALVARO****

Documento de identificación (Clase y número): ****CC No. 1143832069****

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): **********

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos: **********

Documento de identificación (Clase y número): **********

Firma

Fecha de inscripción

Año 2019 Mes NOV Día 05

Nombre y firma de la autoridad que autoriza

MARIA SOL SINISTERRA AL

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -