Santiago de Cali, 30/noviembre/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 1.143.840.322 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 53012102

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Número [X] Puesto 141 [ ] 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 o funcionario autorizado

MARIA SOL SINISTERRA AL

Nombre y firma

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -