

Santiago de Cali, 28 DE MARZO de 2025
 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, modificado por el artículo 9 de la ley 2277 de 2022 y 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 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:

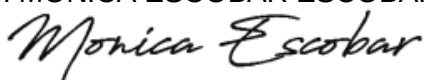
CATEGORÍA	CARACTERÍSTICAS		
1	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.		
2	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.		
3	3. Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (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 (\$11.027.120 para el año 2023), 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 (\$11.027.120 para el año 2023), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.		
CATEGORÍA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO:

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

Nombre: MONICA ESCOBAR ESCOBAR

Firma: 

No. de Documento: 66.995.707 DE CALI

Organismo: CONCEJO DISTRITAL SANTIAGO DE CALI



Bogotá D.C. Enero 15 de 2025
150102024

Señores:
MONICA ESCOBAR ESCOBAR
Ciudad

**COLSANITAS S.A. COMPAÑÍA DE MEDICINA PREPAGADA
CERTIFICA QUE:**

El (la) señor(a) PAULO CEZAR DA ROCHA DIAS JUNIOR identificado(a) con CE No. 273656 titular del contrato INTEGRAL No. 1010299598 familia 105, registra la siguiente antigüedad para los beneficiarios pertenecientes al contrato:

NOMBRES	DOCUMENTO	ANTIGÜEDAD ADQUIRIDA	ANTIGÜEDAD RECONOCIDA	ESTADO	FECHA
MONICA ESCOBAR ESCOBAR	CC 66995707	01/02/2023	01/04/2020	ACTIVO	

Se expide a solicitud del interesado, el 15 de Enero de 2025.

Cordialmente,

William moreno

WILLIAM ORLANDO MORENO BEJARANO

(*) ANTIGÜEDAD ADQUIRIDA A PARTIR DE LA ÚLTIMA VINCULACION A UN CONTRATO DEL GRUPO KERALTY SIN PERDER CONTINUIDAD.

(**) ANTIGÜEDAD RECONOCIDA POR AFILIACION A EMPRESAS DE SALUD (APLICA ÚNICAMENTE PARA PRESTACION DE SERVICIOS).

Copia: Folder del contrato