Santiago de Cali, 24 de Julio de 2020.

Señores
Departamento Administrativo de Hacienda Municipal
Oficina de Contabilidad
Alcaldía de Santiago de Cali
Ciudad

Para efectos de la deducción por dependientes (artículos 387 y 388 del E.T.;artículos 1.2.4.1.6 y de 1.2.4.1.18 del Decreto 2250 del 29 de Diciembre 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	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 encuentra en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT (8.910.200 para el año 2019) certificado por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, y
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 (8.910.200 para el año 2019), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

CATEGORIA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO
1	Maira Alejandra Martinez Moreno	1099262347	Hija
2	Karen Yulieth Martinez Moreno	1034665827	Hija
3	Jesus Arbey Moreno Romero	1016725795	Hijo

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO

CERTIFICADO CORRECCIÓN MONETARIA ------- AÑO---------- SI ( ) NO (X)

Escaneado con CamScanner

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

Nombre: Omaira Moreno Romero Firma: Omaira Moreno Romero
CC. 1032382526.

No. De Documento: 1032382526 - Organismo: Secretaría de Salud Pública Municipal

Escaneado con CamScanner