Distrito de Santiago de Cali, 30 de septiembre 2025
Ciudad y Fecha
Señores
Departamento Administrativo de Hacienda
Oficina de Contabilidad
Alcaldía Distrital 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 ($12.947.740 para el año 2025), 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 ($12.947.740 para el año 2025), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

CATEGORÍA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO
01	Emmanuel Waiza Escobar	1.109.932.051	Hijo

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

Anexo otros certificados:

CERTIFICADO DE INTERESES DE VIVIENDA	AÑO _____	SI ( ) NO ( )
CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA	AÑO _____	SI ( ) NO ( )

Nombre: Carolina Waiza Escobar Firma: _____

No. de Documento 31.486.388 Organismo: Unidad Administrativa especial de Gestion de BYS

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55370363

55370363

NUIP 1109932051

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria [ ] Notaría [X] Número 05 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código 6305

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA-VALLE DEL CAUCA-SANTIAGO DE CALI***

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
LOAIZA	ESCOBAR

Nombre(s): EMMANUEL

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2015 Mes ABR Día 16	MASCULINO	B	POSITIVO

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

COLOMBIA -VALLE DEL CAUCA -SANTIAGO DE CALI ***

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO ***	53330167-4

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos: LOAIZA ESCOBAR CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. 31.486.388	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: LOAIZA ESCOBAR CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número): C.C. 31.486.388

Firma: 31486388

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2015 Mes MAY Día 12	GLORIA MARINA RESTREPO CAMPO NOTARIA QUINTA DE CALI Nombre y firma

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Firma	Nombre y firma

ACTA COMPLEMENTARIA-26 ESPACIO PARA NOTAS

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 830.175.057-5 TEL. 430 2100