

Cali, Agosto 29 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 (\$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
1	Isabella Mendez Villarreal	1107867536	Hija

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO:




 REPUBLICA DE COLOMBIA
 ORGANIZACIÓN ELECTORAL
 REGISTRARIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
 DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL
REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.107.867.536 Indicativo Serial 51352449

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina
 Registraduría ☐ Notaría ☒ Número 12 Código T 5 2
 País: Departamento: Municipio: Corregimiento o/o Inspección de policía:

NOTARIA 12 CALI - COLOMBIA - VALLE - CALI

Datos del inscrito
 Primer Apellido MENDEZ Segundo Apellido VILLARREAL
 Nombre(s) ISABELLA
 Fecha de nacimiento: Año 2012 Mes JUL Día 15 Sexo (en letras) FEMENINO Grupo sanguíneo R Factor RH POSITIVO
 Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o/o Inspección) COLOMBIA VALLE CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 11431026-6

Datos de la madre
 Apellidos y nombres completos VILLARREAL CUELLAR NANCY EDITH
 Documento de identificación (Clase y número) CC 29.973.772 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del padre
 Apellidos y nombres completos MENDEZ CAEZ JUAN CARLOS
 Documento de identificación (Clase y número) CC 16.788.642 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante
 Apellidos y nombres completos MENDEZ CAEZ JUAN CARLOS
 Documento de identificación (Clase y número) CC 16.788.642

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 2012 Mes JUL Día 17
 Nombre y firma del funcionario que autoriza
 REPUBLICA DE COLOMBIA
 Departamento del Valle del Cauca
 Nombre y firma del funcionario que autoriza
 JOSE FRANCISCO SOTO FERNANDEZ
 JOSE FRANCISCO SOTO FERNANDEZ
 Nombre y firma

Reconocimiento interno
 Firma
 Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

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

Nombre: Nancy Edith Villarreal Cuellar _____ Firma:

No. de Documento 29.973.772 _____ Organismo: secretaria de educación distrital