

Cali, 10 octubre 2025

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:

CATEGORIA	CARACTERISTICAS		
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 publico, 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.		
CATEGORIA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO
1	Emmanuel Arias Castañeda	T.I. 1.105.388.256	Hijo

indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

Anexo otros certificados:

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

Nombre: Karen stephanie Castañeda H. Firma: _____

No. de Documento 1.130.636.666 Organismo: Aseguramiento

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NÚMERO **1.105.388.256**
ARIAS CASTAÑEDA

APELLIDOS
EMMANUEL

NOMBRES

Emmanuel A

FIRMA



ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-ENE-2014**
CALI
(VALLE)
LUGAR DE NACIMIENTO
18-ENE-2032
FECHA DE VENCIMIENTO
18-ENE-2021 CALI
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

O+ **M**
G S RH SEXO
REGISTRADOR NACIONAL
DE IDENTIFICACIÓN



P-3100100-01218552-M-1105388256-20210225

0073870185A 1

8504325638