

Santiago de Cali, 26 noviembre 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:

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	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.		
CATEGORIA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

Anexo otros certificados:

CERTIFICADO DE INTERESES DE VIVIENDA	AÑO _____ SI () NO (X)
CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA	AÑO <u>2024</u> SI (X) NO ()

Nombre: Katherine Borona Carcedo Firma: _____

No. de Documento 1130631303

Organismo: _____

Katherine Borona Carcedo
Secretaría del deporte y
la recreación



Servicio Occidental de Salud

EN INTERVENCIÓN

CD3 5802222 Nov 7 2025 10:00AM

A QUIEN PUEDA INTERESAR

SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.
NIT 805.001.157 - 2

CERTIFICA QUE

El(la) señor(a) KATHERINE BARONA CAICEDO, identificado(a) con documento de identidad número CC 1130631303 se encuentra afiliado al Plan Complementario BIENESTAR con SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A E.P.S en calidad de COTIZANTE desde el 01/09/2017 Vigente a la fecha.

Para constancia de lo anterior se firma en la Ciudad de Santiago De Cali, a los SIETE (7) días del mes de NOVIEMBRE del año 2025.

Certificado no válido para la prestación de servicios

Información sujeta a verificación por parte de la EPS Servicio Occidental de Salud SOS S.A.

Atentamente,

Andres Arango Zapata.

Gerencia de Experiencia al Usuario