Santiago de Cali, 09/dic/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
1	Isaac Solano Chamorro	1232830113	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 2024	SI (X) NO ( )

Nombre: Daniela Chamorro Medina Firma: _____

No. de Documento 1107519161 Organismo: Secretaria de Deporte y la Recreación

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP: 1232830113 — Indicativo Serial: 62808071

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría [ ] Notaría [X] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código [ ]

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

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 9 CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SOLANO	CHAMORRO

Nombre(s): ISAAC

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2024 Mes FEB Día 18	MASCULINO	O	POSITIVO

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

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO	24026510866407

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: CHAMORRO MEDINA DANIELA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1107519161	COLOMBIA

Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: SOLANO CARDOZO SEBASTIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1107512713	COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: SOLANO CARDOZO SEBASTIAN

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1107512713	Sebastian Solano C.

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 2024 Mes FEB Día 21	Yamileth Hernández Florez YAMILETH HERNANDEZ FLOREZ Notaria Novena Encargada

Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
Sebastian Solano C. PP 1107512713 Firma	Yamileth Hernández Florez YAMILETH HERNANDEZ FLOREZ Notaria Novena Encargada

ESPACIO PARA NOTAS

~~OTRO:LIBRO DE VARIOS 232 FOLIO 101,21/02/2024~~

Yamileth Hernández Florez
Notaria Novena Encargada

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

Continúa

LA SUSCRITA NOTARIA NOVENA DEL CIRCULO DE CALI, CERTIFICA QUE EL PRESENTE REGISTRO ES FIEL COPIA DEL ORIGINAL QUE REPOSA EN ESTA NOTARIA Y SE EXPIDE A SOLICITUD DEL INTERESADO PARA FINES LEGALES.

ARTICULO 115, DECRETO 1260 DE 1970

21 FEB 2024

REPUBLICA DE COLOMBIA NOTARIA NOVENA CALI VALLE DEL CAUCA

MIRYAN PATRICIA BARONA MUÑOZ
NOTARIA NOVENA DEL CIRCULO DE CALI

Coomeva Medicina Prepagada

C O O M E V A M E D I C I N A P R E P A G A D A

NIT. 805.009.741-

C E R T I F I C A

Que el Señor(a) CHAMORRO MEDINA DANIELA identificado con CC No. 1107519161 ha suscrito con COOMEVA MEDICINA PREPAGADA los siguientes contrato(s), encontrándose activos los beneficiarios descritos a continuación:

BENEFICIARIO	PLAN	PROGRAMA	CONTRATO	FECHA INICIO
CHAMORRO MEDINA DANIELA	FAMILIAR	ORO PLUS FAMILIAR	897261	2024-02-01
SOLANO CHAMORRO ISAAC	FAMILIAR	ORO PLUS FAMILIAR	897261	2024-02-01
SOLANO CHAMORRO ISAAC	FAMILIAR	DENTAL ELITE BASICO	943059	2024-08-01

Se expide este certificado a los 3 días del mes de Diciembre de 2025.



JORGE W. PEMBERTHY Y

DIRECCIÓN NACIONAL DE OPERACIONES
COOMEVA MEDICINA PREPAGADA