Santiago de Cali, 28 de agosto de 2020

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 y 388 del E.T.; artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.18 del Decreto 2250 del 29 de diciembre de 2.017), 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:

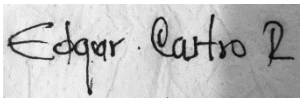
CATEGORIA	CARACTERISTICAS
1	Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.
2	Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.
3	Los hijos del contribuyente mayores de 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 ($8.910.200 para el año 2019), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal, y
5	Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia sean por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT ($8.910.200 para el año 2019), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

CATEGORIA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO
1	Mariana Leandra Castro Castro	1.105.370.503	HIJA
Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente			

ANEXO

CERTIFICADO CORRECCION MONETARIA-------- AÑO ---------- SI ( ) NO (x)

CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA----------AÑO ---------- SI ( ) NO (x)

Nombre: EDGAR CASTRO RAIGOZA Firma: 

No. de Documento: 16.761.630 de Cali Organismo: SDTYPC

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD



NUMERO **1.105.370.503**

CASTRO CASTRO

APELLIDOS

MARIANA LEANDRA

NOMBRES

marianol castro

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAY-2007**

CALI
(VALLE)

LUGAR DE NACIMIENTO

11-MAY-2025 **A+** **F**

FECHA DE VENCIMIENTO G S RH SEXO

05-SEP-2014 CALI

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-3100100-00651437-F-1105370503-20141210 **00418**13577A 4 2743049858