Cali, enero 23 de 2026

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 25[1] 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 el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes. |
| 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 ($13.617.240 para el año 2026), 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 ($13.617.240 para el año 2026), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. |

| CATEGORÍA | NOMBRE | IDENTIFICACION | PARENTESCO |
|---|---|---|---|
| 5 | Gloria Inés Mosquera | 31.271.039 | Hermana |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO:

| | |
|---|---|
| CERTIFICADO DE INTERESES DE VIVIENDA | AÑO _____SI ( ) NO ( X ) |
| CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA | AÑO _____SI ( ) NO (X) |

Nombre: Luis Alfredo Mosquera Firma: 

No. de Documento16.664.614 Organismo: Secretaria de Educación Distrital

[1] Ley 2411 de 2024, artículo 2

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **31.271.039**

**MOSQUERA**

APELLIDOS

**GLORIA INES**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **27-DIC-1957**

**TIMBIO**
**(CAUCA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.50** ESTATURA **O+** G.S. RH **F** SEXO

**17-ENE-1976 CALI**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-3100100-00134437-F-0031271039-20081207 0007592977A 1 1060029189

**HUGO ANTONIO GOMEZ GRISALES**
**CONTADOR PÚBLICO**
**ASESORIAS CONTABLES Y TRIBUTARIAS**

*N° 04915*

# C E R T I F I C O: :

Que para los efectos de la norma establecida en numeral 4 del parágrafo 2 del Art. 387 y 388 del E.T., 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.18 del Decreto 2250 del 29 de diciembre de 2017, la señora GLORIA INES MOSQUERA, identificada con cedula de ciudadanía # 31.271.039 de Timbío Cauca y, residente en la ciudad de Cali y de ocupación amas de casa, es actualmente la hermana y la del señor LUIS ALFREDO MOSQUERA, identificado con c.c. 16.664.614 de Cali.

Que en la actualidad la señora **GLORIA INES MOSQUERA,** por ausencia de ingresos depende económicamente del señor **LUIS ALFREDO MOSQUERA.**

La presente certificación se expide para que sea presentada por el señor LUIS ALFREDO MOSQUERA ante el departamento de nómina de la empresa en la cual está vinculado actualmente bajo relación laboral por prestación de servicios.

Expedido en Santiago de Cali, a los cinco (5) días del mes de agosto del año 2025.



**HUGO ANTONIO GOMEZ GRISALES**
Contador Público Titulado
Tarjeta Profesional 43592 - T

**HUGO ANTONIO GOMEZ GRISALES**
**CONTADOR PÚBLICO**
**ASESORIAS CONTABLES Y TRIBUTARIAS**

Expedido para el Señor LUIS ALFREDO MOSQUERA, identificado con cédula de ciudadanía 16.664.614 de Cali, el día cinco (5) del mes de agosto del año 2025.

Valido solo con Firma Original







**Certificado para dependiente laboral**

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

| a. DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE | | | |
|---|---|---|---|
| 1.1 Primer nombre | 1.2 Segundo nombre | 1.3 Primer apellido | 1.4 Segundo apellido |
| GLORIA | INES | MOSQUERA | |
| 1.5 Departamento de Residencia | | 1.6 Municipio de Residencia | |
| VALLE DEL CAUCA | | CALI | |

| 1.7 Documento de Identidad | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Certificado de Nacido Vivo | | Registro civil | | Tarjeta de identidad | | Cédula de ciudadanía | X | Cédula de extranjería | | Pasaporte | | Carnet diplomático | | Permiso especial de permanencia | |
| Número de documento de identidad: | 31271039 | | | | | | | | | | | | | | |

| b. LUGAR Y FECHA DE LA VALORACIÓN MULTIDISCIPLINARIA PARA CERTIFICACIÓN | | | |
|---|---|---|---|
| | 2.2 Fecha de la Certificación | | |
| 2.1 IPS donde se realiza la certificación | Año | Mes | Día |
| ESE HOSPITAL GERIATRICO Y ANCIANATO SAN MIGUEL | 2023 | 11 | 10 |

| 2.3 Tipo de Entidad Valoradora | 2.4 Nro. ID Entidad Valoradora |
|---|---|
| NI | 890303448 |

| c. CATEGORIA DE DISCAPACIDAD | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Física | SI | X | NO | |
| Visual | SI | | NO | X |
| Auditiva | SI | | NO | X |
| Intelectual | SI | | NO | X |
| Psicosocial (Mental) | SI | | NO | X |
| Sordoceguera | SI | | NO | X |
| Múltiple | SI | | NO | X |

| d. NIVEL DE DIFICULTAD EN EL DESEMPEÑO | |
|---|---|
| Dominio | Puntaje |
| Cognición | 29.17 |
| Movilidad | 85.00 |
| Cuidado Personal | 68.75 |
| Relaciones | 50.00 |
| Actividades de la Vida Diaria | 75.00 |
| Participación | 62.50 |

| e. PERFIL DE FUNCIONAMIENTO |
|---|
| 1. Codigos Funciones Corporales |
| b280.2 b4200.2 b715.1 |
| 2. Codigos Estructuras Corporales |
| s110.278 s1100.278 s798.278 |
| 3. Codigos Actividades y Participación |
| d570.2 d598.3 d640.3 |

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**

| f. PROFESIONALES DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE SALUD | | |
|---|---|---|
| Nombre | Profesión | Tipo y Número de Identificación |
| JUAN MANUEL COLLAZOS ROZO | Medicina | CC-1144028745 |
| FRANCISCO ALBERTO MUÑOZ PEREA | Psicología | CC-16635644 |
| LEONARDO GARCIA NUÑEZ | Terapia ocupacional | CC-94322580 |

*El certificado de discapacidad no se empleará como medio para el reconocimiento de las prestaciones económicas y asistenciales de los Sistemas Generales de Pensiones o de Riesgos Laborales ni para la calificación de la perdida de capacidad laboral y ocupacional.*