

Cali, Mayo 29/2026.  
Ciudad y Fecha

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:

| CATEGORIA                             | CARACTERISTICAS  |                |            |
|---------------------------------------|--|----------------|------------|
| 1 <input checked="" type="checkbox"/> | 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 (\$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.                                     |                |            |
| CATEGORIA                             | NOMBRE   | IDENTIFICACION | PARENTESCO |
| 1                                     | Mrs. Angel Alban M.  | 1111986064     | Hijo       |
| 1                                     | Gabriela Alban Lopez   | 1109189229     | Hija       |
|                                       |  |                |            |
|                                       |  |                |            |

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO:

|                                      |                         |
|--------------------------------------|-------------------------|
| CERTIFICADO DE INTERESES DE VIVIENDA | AÑO _____ SI ( ) NO ( ) |
| CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA       | AÑO _____ SI ( ) NO ( ) |

Nombre:

Mrs. Gabriel Alban  
C.C. # 99.429.950

Firma:

*[Firma manuscrita]*



**REPÚBLICA DE COLOMBIA**  
**IDENTIFICACIÓN PERSONAL**  
**TARJETA DE IDENTIDAD**

NÚMERO **1.111.486.064**

**ALBAN MORALES**

APELLIDOS

**LUIS ANGEL**

NOMBRES

*Luis-Alban*

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO **28-SEP-2016**

**CALI**  
**(VALLE)**  
LUGAR DE NACIMIENTO

**28-SEP-2034**  
FECHA DE VENCIMIENTO

**O+**  
G S RH

**M**  
SEXO

**20-NOV-2023 CALI**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA-ROCHA



P-3100100-01401406-M-1111486064-20231201 0137705078A 2 8510111469

CÉDULA DE  
CIUDADANÍA



# REPÚBLICA DE COLOMBIA



Apellidos  
**ALBAN LOPEZ**

NUIP 1.109.189.229

Nombres  
**GABRIELA**

Nacionalidad  
**COL**

Estatura  
**1.50**

Sexo  
**F**

Fecha de nacimiento  
**14 DIC 2007**

G.S.  
**O+**

Lugar de nacimiento  
**CALI (VALLE)**

Fecha y lugar de expedición  
**06 ENE 2026, CALI**

Fecha de expiración  
**07 ENE 2036**



Firma

Gabriela Alban.

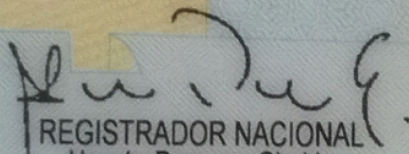


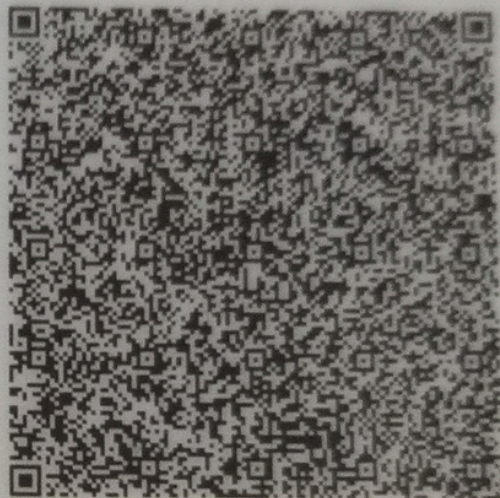


087332430

00



  
REGISTRADOR NACIONAL  
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL087332430031001<<<<<<<<<<  
0712143F3601073COL1109189229<7  
ALBAN<LOPEZ<<GABRIELA<<<<<<<<<<