Santiago de Cali, 25 de septiembre de 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:

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
2	NILSON JOEL ARROYO BERMUDEZ	1.007.763.107	HIJO

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: WILKAR ARROYO CASTILLO Firma: _____

No. de Documento 16.500.362 Organismo: SECRETARÍA DE EDUCACION – SUBSECRETARÍA DE PLANEACION SECTORIAL

[1] Ley 2411 de 2024, artículo 2

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI
MATRÍCULA CON HORARIO

1007763107
MATR31_GWT
28 de agosto de 2026 14:16:51

REGISTRO DE MATRÍCULA ACADÉMICA R.M.A

Cod. Ide. 1007763107 **Código** 1007763107 **Alumno** ARROYO BERMUDEZ NILSON JOEL
Programa P617 ENFERMERIA **Plan de Estudio** 17520
Dirección cra 42d # 52-83 **Teléfono** 3760724

Asignaturas matriculadas en el periodo 2026B PERIODO ACADÉMICO 2026B

Código	Grupo	Descripción	Créd.	Nivel	Aula	Inicia	Termina	Día	Horario
EFC10	CERRAD	INGLES I	3	3					
Usuario	ARROYO BERMUDEZ NILSON JOEL	**Fec. Matricula**	17/08/26 01:09						
EFC27	GESTANT	CUIDADO ENFERMERO DE LA GESTANTE Y SU ENTORNO	12	6					
Usuario	ARROYO BERMUDEZ NILSON JOEL	**Fec. Matricula**	18/08/26 12:31						
					6216	03/08/2026	16/11/2026	LUNES	7:00 am 1:00 pm
					6216	06/08/2026	19/11/2026	JUEVES	1:00 pm 7:00 pm
EFC35	PALEATIV	CUIDADOS PALIATIVOS	2	9					
Usuario	ARROYO BERMUDEZ NILSON JOEL	**Fec. Matricula**	17/08/26 12:57						
					6406	07/08/2026	20/11/2026	VIERNES	2:00 pm 4:00 pm

Posición Semestral 6

Horas presenciales modulos 17
Horas trabajo Independiente modulos 58

Firma del Estudiante _____ Firma Secretaría Académica _____

Nota aclaratoria 1.: De conformidad con la Resolución del Consejo Académico No. 011 (04 de agosto de 2026), se modificó el calendario académico del periodo 2026B, para los programas de pregrado de la Universidad Santiago de Cali. En consecuencia, las clases iniciarán el 10 de agosto y finalizarán el 28 de noviembre de 2026.
Nota aclaratoria 2.: Todas las actividades académicas de este periodo deberán ejecutarse de conformidad con el cronograma establecido en dicha resolución.

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP

Indicativo Serial 31549109

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código			
X							V	1	F

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

COLOMBIA VALLE BUENAVENTURA

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
ARROYO	BERMUDEZ

Nombre(s)

NILSON JOEL

Fecha de nacimiento						Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año	2001	Mes	FEB	Día	11	MASCULINO	O	+

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

COLOMBIA VALLE BUENAVENTURA

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	A 2331838

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

BERMUDEZ CAICEDO JACKELINE

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#66944338 Buenaventura(Valle)	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

ARROYO CASTILLO WILKAR

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C.#16500562 Buenaventura(Valle)	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

ARROYO CASTILLO WILKAR

Documento de identificación (Clase y número)

C.C.#16500562 Buenaventura(Valle)

Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número)

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Documento de identificación (Clase y número)

X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.X.

Firma

Fecha de inscripción

Año	2001	Mes	MAR	Día	12

Nombre y firma del funcionario que autoriza

RUBY ALVARO CAICEDO MURILLO

Nombre y firma