

Cali, 30/10/2024

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 (\$12.236.900 para el año 2024), 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 (\$12.236.900 para el año 2024), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.                                     |                |            |
| CATEGORÍA | NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | IDENTIFICACION | PARENTESCO |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |            |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |            |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |            |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                |            |

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

Anexo otros certificados:

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

Nombre: TOMAS RUBEN CABEZAS SINISTERRA Firma: \_\_\_\_\_

No. de Documento 12.908.120

Organismo: SECRETARIA DEL DEPORTE Y LA RECREACION