# Santiago de Cali, {V\_fecha\_cuenta}

A

# 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 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:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 | 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, 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. | | |
| **CATEGORÍA** | **NOMBRE** | **IDENTIFICACION** | **PARENTESCO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

# ANEXO :

CERTIFICADO CORRECCION MONETARIA -------- ANO --------------- SI ( ) NO ( )

CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA ------ ANO --------------- SI ( ) NO ( )

**Nombre:** {V\_nombre}

**No. de Documento:** {V\_CC} **Organismo:** Concejo de Santiago de Cali