**CERTIFICACIÓN:**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificado(a) con C.C. ( ) C.E. ( ) NIT ( ) N°\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con domicilio principal en la ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dirección \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, para efectos de lo previsto en el parágrafo 2º del artículo 387 del Estatuto Tributario, para el beneficio tributario de **deducción por dependientes**, de manera libre, espontánea y bajo la gravedad de juramento, manifiesto que las siguientes personas dependen económicamente de mí:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRES Y APELLIDOS** | **DOCUMENTO DE IDENTIDAD** | **FECHA DE NACIMIENTO** | **CALIDAD DE DEPENDENCIA** |
|  |  | DD/MM/AAAA |  |
|  |  | DD/MM/AAAA |  |
|  |  | DD/MM/AAAA |  |
|  |  | DD/MM/AAAA |  |
|  |  | DD/MM/AAAA |  |
|  |  | DD/MM/AAAA |  |

**ANEXOS:**

1. *Para Hijos con edad entre 18 y 23 años,* ***Certificación semestral*** *de pago matrícula expedida por la respectiva entidad educativa,* ***actualizada al inicio del respectivo semestre****.*
2. *Para Hijos mayores de 23 años y/ o cónyuge o compañero (a) permanente, padres y hermanos en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos,* ***la certificación de Medicina Legal, de la EPS o de cualquier institución idónea habilitada en el Registro Nacional de Salud.***
3. *Para Cónyuge o compañero (a) permanente y/o padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT,* ***Certificación anual*** *de Contador Público.*

Esta declaración la hago a los \_\_\_\_\_\_\_ días del mes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_\_\_\_, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7º del Decreto 19 de 2012 (prohibición de declaraciones extra juicio), con destino a la Universidad Nacional de Colombia, para que surta los efectos legales.

(Firma del funcionario)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y Apellidos

Tipo y Número de documento de Identificación