



Neiva, _____ 2.022

Señores

DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION JUDICIAL

Ciudad

INFORMACION PARA OPTAR POR DEDUCCIONES TRIBUTARIAS 2021

Para efectos de ejercer los beneficios tributarios estipulados en la normatividad vigente y bajo la gravedad de juramento **adjunto los certificados** que acreditan las siguientes situaciones:

I.A. CREDITOS DE VIVIENDA

- Intereses por préstamos de vivienda (mi lugar de habitación), pagados durante el año 2021 (o 2022 primera cuota) SI ____ NO ____ Adicionalmente certifico que tengo otro(s) titular(es) del crédito con nombre _____ Para lo cual les solicito aplicar el _____ % del presente certificado en vista de que mi cónyuge o compañera (o) permanente _____ con C.C. _____, renuncia al beneficio.

II.B. DEDUCCION DEPENDIENTES

- Hijos hasta 18 años de edad que dependen económicamente.
NOMBRE _____ IDENTIFICACION _____
- Hijos con edad entre 18 y 23 años de los cuales anexo el certificado de instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal, debidamente autorizados por la autoridad competente _____
- Hijos mayores de 23 años en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. (certificación adjunta) SI ____
- Cónyuge o compañero(a) permanente en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año anterior menores a 260 UVT, certificada por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos anexo certificados por Medicina Legal
SI ____ NO ____
- Padres y los hermanos que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año anterior menores a 260 UVT (anexo certificado por Contador Público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal (anexo)
SI ____ NO ____
 - de disminución de la base el % respectivo. (Anexo manifestación firmada bajo juramento)

II. C. PLANES ADICIONALES DE SALUD – MEDICINA PREPAGADA

- Pagos de pólizas de medicina prepagada, pólizas de salud oral, Emergencia Domiciliaria (EMI, CEM, entre otras), y/o pólizas de salud individual total pagado en el año 2021 SI ____ NO ____

III. A/ B. APORTE VOLUNTARIO AFV Y APORTES CUENTAS AFC

- Valor Aporte voluntario en pensiones y/o Cuentas AFC en el año 2021, en nómina SI ____ NO ____
- Solicito se me aplique una tarifa superior de retención SI ____ NO ____ TARIFA DESEADA _____

NOTA: me comprometo a mantener actualizada esta información y reportar a la entidad cuando ocurran eventos que cambien las situaciones señaladas, para dar cumplimiento al artículo 106 de la Ley 270 de 1996 (Estatutaria de Administración de Justicia), y su modificación mediante artículo 19 de la Ley 1285 de 2009 vigente.

Cordialmente,

Nombres y Apellidos _____

Identificación _____

Cargo, despacho o dependencia _____