



Valledupar, \_\_\_\_\_

Señores  
DIRECCION EJECUTIVA DE ADMINISTRACION JUDICIAL  
Ciudad

**INFORMACION PARA OPTAR POR DEDUCCIONES TRIBUTARIAS EN EL AÑO \_\_\_\_\_**

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 2018 (o 2019 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 dependan 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 anterior SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

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

- Valor Aporte voluntario en pensiones y/o Cuentas AFC en el año 20\_\_\_\_, 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 dela 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** \_\_\_\_\_