

Santiago de cali, 21 de noviembre del 2025

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:

CATEGORIA	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 (\$12.947.740 para el año 2025), 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 (\$12.947.740 para el año 2025), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.		
CATEGORIA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO
1	JACOBO TORRES YAGUE	1111487949	HIJO

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: MAYRA ALEJANDRA YAGUE ORDOÑEZ Firma:

No. de Documento 1107093010

Organismo: SECRETARÍA DEL DEPORTE Y LA RECREACIÓN



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP

1111487949

REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59683415

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría	<input type="checkbox"/>	Notaría	<input checked="" type="checkbox"/>	Número	<input type="checkbox"/>	Consulado	<input type="checkbox"/>	Corregimiento	<input type="checkbox"/>	Inspección de Policía	<input type="checkbox"/>	Código	T	Z	Y
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía															
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 7 CALI * * * * *															

Datos del inscrito

Primer Apellido										Segundo Apellido											
TORRES ; * * * * *										YAGUE * * * * *											
Nombre(s)																					
JACOBO * * * * *																					
Fecha de nacimiento										Sexo (en letras)					Grupo sanguíneo			Factor RH			
Año	2	0	2	0	Mes	J	U	N	Día	1	5	MASCULINO					O			POSITIVO	
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)																					
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI * * * * *																					

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos

CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	Número certificado de nacido vivo
	16067146-0 * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

YAGUE ORDOÑEZ MAYRA ALEJANDRA * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

CC No. 1107093010 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos

TORRES GALEANO RAUL OSWALDO * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

CC No. 1020401800 * * * * *

Nacionalidad

COLOMBIA * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

TORRES GALEANO RAUL OSWALDO * * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

CC No. 1020401800 * * * * *

Firma

Raul Torres G

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

* * * * *

Firma

* * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* * * * *

Documento de Identificación (Clase y número)

* * * * *

Firma

* * * * *

Fecha de Inscripción

Año 2 0 2 0 Mes J U N Día 1 7



- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

59683415



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo
Serial

59683415

NUIP

1111487949

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría ☒ Número ☐ Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código T Z Y

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 7 CALI

Datos del inscrito

Primer Apellido TORRES Segundo Apellido YAGUE

Nombre(s) JACOBO

Fecha de nacimiento Año 2 0 2 0 Mes JUN Día 1 5 Sexo (en letras) MASCULINO Grupo sanguíneo O Factor RH POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo 1606714630

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos YAGUE ORDOÑEZ MAYRA ALEJANDRA

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1107093010 Nacionalidad COLOMBIA

Datos de la madre o padre (Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos TORRES GALEANO RAUL OSWALDO

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1020401800 Nacionalidad COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos TORRES GALEANO RAUL OSWALDO

Documento de identificación (Clase y número) CC No. 1020401800 Firma

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

Documento de identificación (Clase y número) Firma

Fecha de inscripción

Año 2 0 2 0 Mes JUN Día 1 7

Reconocimiento paterno

Firma

Nombre y firma del funcionario que autoriza

Nombre y firma del funcionario que da fe del reconocimiento

Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: SE INSC A CONFOR DE ACUERDO A CIR CONJ NO 044/198704/2020/ SIN HUELLAS

PLANTA Y SIN MEN. LVT112F036.; 17/06/2020

Firma

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESTE DOCUMENTO
ES GRATUITO

NOTARIA SÉPTIMA DEL CÍRCULO DE CALI VALLE
CERTIFICA



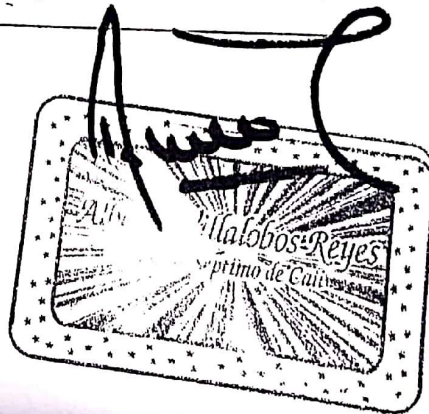
QUE EL PRESENTE ES FIEL Y AUTÉNTICA COPIA DE SU ORIGINAL

QUE APARECE INSCRITO AL TOMO 59683415 No. SERIAL 0

DE ESTA NOTARIA DECRETO 1260/70 ART. 11.

SE EXPIDE PARA **TRAMITES LEGALES**

FECHA 17 JUN 2020



EN BLANCO

EN BLANCO



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado **EPS SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Mayra Alejandra Yague Ordoñez**, identificado(a) con **CC** número **1107093010**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1107093010
NOMBRES Y APELLIDOS	Mayra Alejandra Yague Ordoñez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	05/12/1995
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/09/2016
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	210 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	47 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/09/2016
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1107093010 MAYRA ALEJANDRA
YAGUE ORDOÑEZ Desde 01/01/2019 - Vigente

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	RC 1111487949
NOMBRES Y APELLIDOS	Jacobo Torres Yague
TIPO DE AFILIADO	Beneficiario
PARENTESCO	Hijo(A)
FECHA DE NACIMIENTO	15/06/2020
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	15/06/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	24 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	24 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	15/06/2020
NIVEL SISBEN	No aplica

Generado por interfaces

20/11/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.