

Santiago de Cali, 26 de febrero de 2026

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, modificado por el artículo 9 de la ley 2277 de 2022 y el artículo 2 de la ley 2411 de 2024; 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:

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 dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes.		
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 (menor a \$13.617.240 para el año 2026), 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 (menor a \$13.617.240 para el año 2026), certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.		
CATEGORÍA	NOMBRE	IDENTIFICACION	PARENTESCO
1	Victoria Salazar Ocoró	RC 1241444171	Hija

Indicar la categoría a la que pertenece cada dependiente.

ANEXO:

CERTIFICADO CORRECCION MONETARIA----- AÑO ----- SI (X) NO ()

CERTIFICADO MEDICINA PREPAGADA-----AÑO ----- SI (X) NO ()

Nombre: Leidy Vanessa Ocoró
No. de Documento: 1.107.058.427

Firma:

Organismo: Secretaría del Deporte y la Recreación



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
**REGISTRO CIVIL
DE NACIMIENTO**

Indicativo
Serial

62368284

NUIP 1241444171

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐	Notaría ☒	Número	Consulado ☐	Corregimiento ☐	Inspección de Policía ☐	Código	T	X	Z
País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía									
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI NOTARIA 17 CALI * * * * *									

Datos del inscrito

Primer Apellido		Segundo Apellido	
SALAZAR * * * * *		OCORO * * * * *	
Nombre(s)			
VICTORIA * * * * *			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
Año 2 0 2 4	Mes J U N	Día 2 2	FEMENINO
Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)		Factor RH	
COLOMBIA - VALLE DEL CAUCA - CALI * * * * *		O	POSITIVO

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	24064311017825 * *

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

OCORO ARROYO LEIDY VANESSA * * * * *	Nacionalidad
Documento de identificación (Clase y número)	COLOMBIA * * * * *
CC No. 1107058427 * * * * *	

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

SALAZAR ARENAS HERNAN DAVID * * * * *	Nacionalidad
Documento de identificación (Clase y número)	COLOMBIA * * * * *
CC No. 94478526 * * * * *	

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos	
SALAZAR ARENAS HERNAN DAVID * * * * *	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 94478526 * * * * *	

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	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2 0 2 4 Mes J U N Día 2 5	ALBERTO MONTOYA MONTOYA
Reconocimiento paterno	Nombre y firma
 Firma	Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento
	ALBERTO MONTOYA MONTOYA
	Nombre y firma

ESPACIO PARA NOTAS

OTRO: TOMO 074 FOLIO 251:25/06/2024

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

SALUD PARA TODOS FAMILIAR

Este es el certificado del seguro con el que ahora te acompañamos



INFORMACIÓN BÁSICA DEL TOMADOR

Tomador
LEIDY VANESSA OCORO ARROYO

Tipo y número de identificación
C 1107058427

Dirección de correspondencia
CL 47 BN # 3 N 83

Ciudad
CALI

Correo electrónico
ladyvane_10@hotmail.com

Celular o teléfono
3703885

ASEGURADOS PLAN PREFERENCIAL

Nombre y apellidos LEIDY VANESSA OCORO ARROYO	Tipo de identificación CEDULA	Número de identificación 1107058427	Parentesco AFILIADO(A)	Edad 35 AÑOS
Extraprima por edad 0%	Extraprima morbilidad 0%	Descuento grupo familiar 0%	Valor Dcto PBS SURA Régimen contributivo \$0	Prima anual (IVA incluido) \$1.929.740

Nombre y apellidos SEBASTIAN MAURICIO OCORO ARROYO	Tipo de identificación CEDULA	Número de identificación 1151947139	Parentesco AFILIADO(A)	Edad 32 AÑOS
Extraprima por edad 0%	Extraprima morbilidad 0%	Descuento grupo familiar 0%	Valor Dcto PBS SURA Régimen contributivo \$0	Prima anual (IVA incluido) \$1.929.740

Nombre y apellidos VICTORIA SALAZAR OCORO	Tipo de identificación REGISTRO CIVIL	Número de identificación 1241444171	Parentesco HIJO(A)	Edad 1 AÑOS
Extraprima por edad 0%	Extraprima morbilidad 0%	Descuento grupo familiar 0%	Valor Dcto PBS SURA Régimen contributivo \$0	Prima anual (IVA incluido) \$1.929.740

TRATAMIENTO HOSPITALARIO EN COLOMBIA

Cobertura	Aplica por	Cobertura red sura en convenio
Habitacion individual sencilla	Evento	ILIMITADO EN DÍAS AL 100%
Honorarios quirúrgicos del parto	Evento	SI
Ayudas diagnósticas hospitalarias no pbs	Evento	ILIMITADO EN DÍAS AL 100%
Enfermedades congénitas al recién nacido	Evento	SI

TRATAMIENTO AMBULATORIO EN COLOMBIA

Cobertura	Aplica por	Cobertura red sura en convenio
No cobro de copagos del pbs	Consulta	ILIMITADOS AL 100%
Ayudas diagnósticas ambulatorias no pbs	Consulta	ILIMITADOS AL 100%

TRATAMIENTO AMBULATORIO EN COLOMBIA		
Pediatría	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
Medicina interna	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
Ginecología	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
Oftalmología	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
Urología	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
Ginecobstetricia	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
Ortopedia	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
Dermatología	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
Otorrinolaringología	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
Nutricionista	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
Bioenergético	Consulta	ILIMITADAS AL 100%
No cobro de cuotas moderadoras pbs	Consulta	SI
Atención médica domiciliaria	Consulta	SI
Urgencias odontológicas a domicilio	Consulta	SI



VIGENCIA Y VALOR DEL SEGURO

Vigencia del seguro	Desde 2025-08-03	Hasta 2026-08-03	Valor sin IVA \$5.513.544	Valor IVA \$275.677	Valor del seguro \$5.789.221
---------------------	---------------------	---------------------	------------------------------	------------------------	---------------------------------

INFORMACIÓN DEL PAGO

Forma de pago MENSUAL	Valor sin IVA \$459.462	Valor IVA \$22.974	Valor del Seguro \$482.436
--------------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------------

INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número de la póliza 090001312619	Plan PREFERENCIAL	Oficina de radicación 2808 PROMOTORA EL BOSQUE
-------------------------------------	----------------------	---



INFORMACIÓN DEL ASESOR

Código 13249	Nombre VARGAS PASTRANA E HIJAS AGENCIA DE SEGUROS LTDA.	Teléfono/Celular 3176568411	Correo electrónico vargaspastranaehijas@asesorsura.com
-----------------	--	--------------------------------	---



TEXTOS Y ACLARACIONES

Este seguro se terminará:

- Por mora en el pago de la prima.
- Por incumplimiento.
- Debe informar, cuando lo solicite por escrito a SURA.

El tomador, asegurado, beneficiario o afianzado, se obligan a actualizar anualmente o al momento de la renovación de la póliza, la información contenida en el formulario de vinculación de clientes y sus anexos y a entregar información veraz y verificable. A su vez la compañía tiene la facultad de cancelar el contrato, de conformidad con lo autoizado por el régimen legal propio de cada contrato, en caso de desatención a estos deberes.

Somos grandes contribuyentes. Favor no efectuar retención sobre el IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente decreto reglamentario 2509/85 art. 17. Autorretenedores resolución n° 009961. En virtud del numeral 28 del artículo 530 del Estatuto Tributario, el presente documento se encuentra exento del impuesto de timbre. terminación automática del contrato del seguro: "La mora en el pago de la prima de la póliza o los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato". El presente contrato se rige por las condiciones generales y particulares contenidas en la forma F-14-11-0090-253 las cuales se adjuntan.

EXCLUSIONES

Alcance

Todo tratamiento quirúrgico, ambulatorio y/o hospitalario. Solo tendrá cobertura lo que se indique específicamente en las condiciones del plan.

CONDICIONES GENERALES				
Fecha a partir de la cual se utiliza 12-04-2024	Tipo y número de la entidad 14-11	Tipo de documento P	Ramo al cual pertenece 35	Identificación de la proforma F-14-11-0090-253



Firma autorizada

Si tienes alguna inquietud o deseas información adicional, puedes comunicarte con tu asesor Vargas Pastrana E Hijas Agencia De Seguros Ltda. al teléfono 3176568411, escribirle al e-mail: vargaspastranaehijas@asesorsura.com, o contactarnos a través de nuestra Línea de Atención al Cliente (601) 437 8888 en Bogotá, (602) 437 8888 en Cali y (604) 437 8888 en Medellín. Llama sin costo desde cualquier lugar del país al 01800 051 8888 o desde tu celular marcando #888.

Para Efectos De Cualquier Notificación, La Dirección De Seguros Generales Suramericana S.A.
Es: Carrera 64b N°49a- 30 De Medellín.

CLIENTE



CERTIFICACION

**SANTIAGO DE CALI, VALLE,
COLOMBIA,
A quién interese**

19/01/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIDY VANESSA OCORO ARROYO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1107058427**

Posee en el banco Davivienda:

CRÉDITO HIPOTECARIO

Número

5701194600310694

Saldo al corte

\$ 109,448,175.37 Pesos

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



CERTIFICACION

**SANTIAGO DE CALI, VALLE,
COLOMBIA,
A quién interese**

19/01/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIDY VANESSA OCORO ARROYO** con **Cédula de Ciudadanía** número **1107058427**

Posee en el banco Davivienda:

CRÉDITO HIPOTECARIO

Número

5701016500699464

Saldo al corte

\$ 48,509,221.18 Pesos

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA