Barranquilla, 02 de agosto de 2021

Señores
**FIDUPREVISORA S.A.**
Ciudad

Ref.: Certificación Retención en la Fuente categoría empleado

Yo, ***OLGA LUCIA VARELA OROZCO*** identificado(a) con la cédula de ciudadanía número **32'733.945** expedida en la ciudad de Barranquilla, obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo la gravedad del juramento los siguientes hechos que se configuran a la fecha de otorgamiento de esta certificación:

1. Que cumplo con las condiciones previstas en el estatuto tributario para pertenecer a la categoría de "empleado" en los términos en que la define el artículo 329 del EL, considerando que mis ingresos provienen en una proporción igual o superior a un ochenta por ciento (80%), de la prestación de servicios de- manera personal o de la realización de una actividad económica por cuenta y riesgo del empleador o contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria o de cualquier otra naturaleza.

2. Que los pagos a recibir se enmarcan en la categoría (ti) del artículo 1 del decreto reglamentario 0099 de 2013, razón por la cual solicito que se me aplique la tabla de retención en la fuente prevista en dicho artículo.

3. Que respecto del año gravable anterior (2020), tengo la condición de:
Declarante ( ) No Declarante (X )

4. Que informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a la categoría tributaria.

5. Que solicito se tenga en cuenta para la DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CÁLCULO DE RETENCIÓN, prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario, los pagos efectivamente realizados por los siguientes conceptos:

| **Concepto** | **Aplica o No Aplica** | **Adjunto Soporte** |
|---|---|---|
| 1. Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda. (Adjuntar certificación año 2020, emitido por la respectiva entidad financiera) | NO APLICA | |

| | | |
|---|---|---|
| 2. Aportes Voluntarios a fondos de pensiones o cuentas AFC. (Adjuntar carta de autorización e instrucciones dirigida a la FIDUCIARIA). | NO APLICA | |
| 3. Pagos por Medicina Prepagada o Seguros de Salud señalados en los literales a) y b) del artículo 387 del Estatuto Tributario, siempre que el valor a disminuir mensualmente, no supere dieciséis (16) UVT mensuales, y se cumplan las condiciones de control indicadas en las normas reglamentarias vigentes. (Adjuntar certificación año 2020 emitido por las respectivas empresas de medicina prepagada o Compañía de seguros.) | | SI |
| 4. Deducción mensual por concepto de dependientes de hasta el 10% del total de los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria en el respectivo mes por concepto de dependientes1 hasta un máximo de treinta y dos (32) UVE mensuales. (Adjuntar declaración juramentada dirigida a Fiduprevisora indicando nombre, documento de identidad, edad y filiación de las personas por las que se solícita esta deducción conforme a las categorías descritas a continuación. En la declaración debe expresar claramente que ninguna otra persona está solicitando dicha deducción en relación con estos dependientes.) | NO APLICA | |

| **Concepto** | **Aplica o No Aplica** | **Adjunto Soporte** |
|---|---|---|
| **PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES** | | |
| 1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente. | NO APLICA | |
| 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. | NO APLICA | |
| 3. Los hijos del contribuyente mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | NO APLICA | |
| 4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en | NO APLICA | |

| | | |
|---|---|---|
| el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, 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, doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. | | SI |

6. Declaro que la información anteriormente relacionada y que entrego a Fiduprevisora S.A. es veraz, en atención al principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política de Colombia.

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación el 02 de agosto 2021

***OLGA LUCIA VARELA OROZCO***
C.C. **32’733.945** de Barranquilla

Barranquilla, 02 de agosto de 2021

Señores
**FIDUCIARIA LA PREVISORA S.A.**
Ciudad

Ref. CERTIFICACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO

**CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**

***OLGA LUCIA VARELA OROZCO,*** identificado(a) con cédula de ciudadanía Nº 32733945, con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 del artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo la gravedad del juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, "**He contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica**".
**(Paragrafo 2 art. 383 E.T.)**

**SI ( )** **NO (X)**

De la misma manera, en el momento en que contrate o vincule más de un trabajador asociado a mi actividad económica, me comprometo a informar.

Cordialmente,

***OLGA LUCIA VARELA OROZCO***
**C.C. 32´733.945**
Contratista

Barranquilla, 02 de agosto de 2021

Señores:
**ALCALDÍA DISTRITAL DE BARRANQUILLA / FIDUPREVISORA S.A.**
E.S.D.

REFERENCIA: **MANIFESTACIÓN EXPRESA DE NO ACEPTACIÓN DE DESCUENTO POR CONCEPTO DE APORTE MENSUAL SOLIDARIO VOLUNTARIO.**

Mediante el Decreto Legislativo 568 de 2020, se creó el impuesto solidario por el COVID 19, dentro del Estado de Emergencia Sanitaria, Económica, Social y Ecológica dispuesto en el Decreto Legislativo 417 de 2020, adicionalmente en el artículo 9º del mismo se estipuló que los servidores públicos, personas naturales vinculadas mediante contrato de prestación de servicios profesionales y de apoyo a la gestión pública, con salarios y honorarios profesionales inferiores a $10.000.000, podrían efectuar un aporte mensual solidario voluntario con destino al Fondo de Mitigación de Emergencias -FOME-.

Así mismo, en el inciso 2º de esa norma se indicó que aquellas personas "…que vayan a efectuar el aporte mensual solidario voluntario por el COVID 19, deberán informarlo por escrito por cualquier medio al pagador del respectivo organismo o entidad dentro de los primeros cinco (5) días de los meses de mayo, junio y julio de 2020.

Sin embargo, se indicó en forma contradictoria a la disposición anterior en la parte considerativa de dicho Decreto Legislativo, que, con el fin de garantizar el principio de eficiencia administrativa, los sujetos pasivos de dicho aporte debían informar que no desean realizar este, por escrito al medio pagador del respectivo organismo o entidad, dentro del mismo término.

Ante tal contradicción y con el fin de evitar que de mi salario mensual se realicen descuentos automáticos no autorizados, **me permito manifestarle expresamente que NO deseo realizar el aporte mensual solidario voluntario, consagrado en el artículo 9º del Decreto Legislativo 568 de 2020, negativa que se extiende por el periodo que va del 01 de mayo de 2020 hasta el 31 de julio de 2020, inclusive, si existiera una prórroga del mismo.**

**De igual forma, solicito que esta comunicación sea tenida en cuenta por la oficina pagadora para efectos de cumplir con el requisito de presentación escrita de la negativa de descuento del referido dentro de los primeros cinco (5) días de los meses de ABRIL A DICIEMBRE DE 2021.**

Atentamente,

***OLGA LUCIA VARELA OROZCO***
C.C. **32´733.945** de Barranquilla

**COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S. A.**

**NIT. 800.106.339-1**

**CERTIFICA :**

Que el señor(a) VARELA OROZCO OLGA LUCIA identificado(a) con CC No. 32733945 tiene el contrato No. 80000183 de Medicina Prepagada, el cual ampara a las siguientes personas:

| Nombre | Identificación | F. Ini Vig | F. Fin Vig | Parentesco | Valor |
|---|---|---|---|---|---|
| GAMA VARELA ANGELICA MARIA | CC 1047447027 | 27/05/2019 | 26/01/2020 | HIJO(A) | 0 |

Este certificado se expide por el periodo comprendido entre el 01/01/2020 al 31/12/2020 para efectos de disminuir la base de retención en la fuente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 387 del Estatuto Tributario y la Resolución 000111 del 11/12/2020 Expedida por la DIAN.

El valor máximo a deducir mensualmente por este concepto será de 16 UVT ($580,928 año 2021).

Los pagos por salud que dan derecho al descuento son de manera exclusiva, los efectuados por el trabajador en contratos de prestación de servicios a las empresas de Medicina Prepagada, de los cuales se beneficie el trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes.

Expedida en la ciudad de BARRANQUILLA a los 7 dias del mes de Abril de 2021

FIRMA AUTORIZADA

EPS sura

# CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

**EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A** en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

## CERTIFICA

Que **ZAIDA CELIMA OROZCO ESCORCIA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **26814584** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 26814584 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | ZAIDA CELIMA OROZCO ESCORCIA |
| TIPO DE AFILIADO | BENEFICIARIO |
| PARENTESCO | PADRE/MADRE |
| ESTADO DE AFILIACIÓN | TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL |
| CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN | COBERTURA INTEGRAL |
| FECHA DE INGRESO A EPS SURA | 16/10/2019 |
| FECHA RETIRO EPS SURA | ACTIVO(A) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA | 81 |
| SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO | 52 |

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
**Fecha de generación:** **25/05/2021**

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