Señores
FIDUPREVISORA S.A.
Ciudad

Ref. Certificación dependiente Art 378 E.T., para fines de retención en la fuente por pagos laborales

Yo, KATIA ROSALIA MOLINA CASTRO, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 39.092.428 **expedida** en Plato-Magdalena, obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo la gravedad de juramento;

1. Que dependen económicamente de mí, en los términos y para fines establecidos en el artículo 387 del Estatuto Tributario, las personas enunciadas a continuación en cada uno de los respectivos grupos:

a. Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA
MARIA LAURA ACOSTA MOLINA	1044213071	16	14/04/2005

b. Los hijos del contribuyente con edad entre los 18 y 23 años, cuando el padre o mad re contribuyente persona natural se encuentre financiado 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.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

c. Los hijos del contribuyente mayores a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

d. El Cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos en 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.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

e. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia, sean por ausencia de ingresos o por ingresos en 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.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

2. Manifiesto tener los soportes que acreditan cada uno de las condiciones enunciadas en el punto anterior y me comprometo a conservarlos y tenerlos a disposición.

3. Manifiesto que el beneficio tributario solicitado por las personas enunciadas en primer punto de esta certificación queda en cabeza mía, y no está siendo solicitado por ninguna otra persona en relación con los mismos dependientes.

4. Declaro que Fiduprevisora S.A., recibe la información anteriormente relacionada, en atención al principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política Colombiana

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación a los 31 días de mes de octubre del 2021 en dos ejemplares del mismo tenor.

C.C 39.092428 Plato (MAGD

Señores
FIDUPREVISORA S.A.
Ciudad

Ref. Certificación Retención en la Fuente categoría empleado

Yo, KATIA ROSALIA MOLINA CASTRO, identificado(a) con la cedula de ciudadanía número. 39.092.428, expedida en la ciudad de Plato-Magdalena obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo loa 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 estudio tributario para pertenecer a la categoría de "empleado" en los términos en que la define el artículo 329 de E.T., 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 contratante, mediante una vi nculación laboral o legal y reglamentari a o de cualquier otra naturaleza.
2. Que los pagos a recibir se enmarcan dentro de la categoría (II) 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 articulo
3. Que respecto del año gravable anterior (2020), tengo la condición de:

   Declarante ( ) no declarante (X)

4. Que informare 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 **DEPURACION DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCION,** 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 2019, emitido por la respectiva entidad financiera)**	NO APLICA	
2. Aportes voluntarios a fondo de pensiones o cuentas AFC **(adjuntar carta de autorización e instrucciones dirigida a la FIDUCIARIA)**	NO APLICA	
3. Pagos de 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 2019 emitido por las respectivas empresas de medicina prepagada o compañía de seguros.)**	NO APLICA	

4. Deducción mensual por concepto de dependientes de hasta 10% del total de los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria en el respectivo mes por concepto de dependientes, hasta un máximo de treinta y dos (32) UVT mensuales. **(Adjuntar declaración juramentada dirigida a Fiduprevisora indicando nombres, documento de identidad, edad y filiación de las personas por las que se solicita esta deducción conforme de 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. 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 los 18 y 23 años, cuando el padre o madre contribuyente persona natural se encuentre financiado 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 a 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 en 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.	NO APLICA	
5. Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentre en situació n de dependencia, sea por ausencia de ingresos o por ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factoresfísicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	

6. Declaro que la información anteriormente relacionada y que entrego a la 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 a los 31 días del mes octubre del 2021 en dos ejemplares del mismo tenor.



C.C. 39.092.428

Barranquilla, 31 de octubre del 2021

Señores:
ALCALDIA DE BARRANQUILLA y 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 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 sujetospasivos 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 QUENO 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 MAYO, JUNIO y JULIO.

Atentamente,



KATIA ROSALIA MOLINA CASTRO
Contratista
CC:39.092.428