Barranquilla, noviembre del 2023

Señores
**FIDUPREVISORAS.A.**
Ciudad

**Referencia:** Certificación Retención en la Fuente categoría empleado

Yo, **MELISSA GUISELLA HENRIQUEZ DE ORO** identificada con la cédula de ciudadanía número 1.140.835.857 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 b 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 (2021), 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 ala categoría tributaria.

5. Que solicito se tenga en cuenta para la DEPURACION DE LA BASE DEL CÁLCULO 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.Interesesocorrecciónmonetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda. | NOAPLICA | |
| 2.Aportes Voluntarios a fondos de pensiones o cuentas AFC. (Adjuntar cartadeautorización e instrucciones dirigida a la FIDUCIARIA). | NO APLICA | |
| 3. Pagos por Medicina Pre pagada o Seguros de Salud señalados en los literalesa)y b)del artículo 387del 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. | NO APLICA | |
| 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 conceptodedependientes1 hasta un máximo de treintay dos (32) UVE mensuales. (Adjuntar declaración juramentada dirigida a Fiduprevisora indicando nombre, documento de identidad, edad filiación de las personas por las que se solícita esta deducción conforme á 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.Loshijosdel contribuyente que tengan hasta 18años de edad y dependan económicamente del contribuyente. | SI 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 po 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 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 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. | NO APLICA | |

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 en el mes de noviembre de 2023 en dos ejemplares del mismo tenor.

**MELISSA GUISELLA HENRIQUEZ DE ORO**
**C.C.:1.140.835.857 de Barranquilla**

**MELISSA GUISELLA HENRIQUEZ DE ORO**, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1140835857 expedida en Barranquilla, obrando en mi propio nombre y representación, para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere el artículo 2°del Decreto No. 0099 de 2013, bajo la gravedad del juramento,

**CERTIFICO**

Que las personas identificadas a continuación son dependientes económicamente a mi cargo:

| NOMBRES Y APELLIDOS | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PARENTESCO |
|---|---|---|
| ALEJANDRA SALAS HENRIQUEZ | 1048081024 | HIJA |

En constancia de lo anterior, se suscribe la presente certificación en el mes de noviembre de 2023.

Atentamente.



Nombre: Melissa Guisella Henriquez De Oro
C.C No. 1140835857 de Barranquilla
Correo electrónico: melissahenriquezabogada@gmail.com
Número celular: 3104217559