Barranquilla, 02 de enero de 2024.

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

**Ref: CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 1819 DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO**

**CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**

Yo, **PAOLA SUGEY OSPINO ZAMBRANO**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía N.º **22586727** expedida en **PUERTO COLOMBIA**, 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**".
**(Parágrafo 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.

PAOLA OSPINO Z

PAOLA SUGEY OSPINO ZAMBRANO
C.C. # 22586727 de PUERTO COLOMBIA

Señores
**FIDUPREVISORA**
Ciudad.

**Ref. Certificación dependiente Art 387 E.T., para fines de retención en la fuente por pagos laborales**.

Yo, **PAOLA SUGEY OSPINO ZAMBRANO** , identificado (a) con la cédula de ciudadanía N.º **22586727** expedida en **PUERTO COLOMBIA**. Obrando en mi propio nombre y representación, pormedio delpresente documento me permito certificar bajo la gravedad del 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 delcontribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

| NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---|---|---|---|
| N/A | | | |
| | | | |
| | | | |

b. 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.

| NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---|---|---|---|
| N/A | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

c. 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.

| NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---|---|---|---|
| N/A | | | |
| | | | |
| | | | |

d. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación 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 factores físicos o psicológicos que seancertificados por Medicina Legal.

| NOMBRES Y APELLIDOS | No. DE IDENTIFICACION | EDAD | | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---|---|---|---|---|
| N/A | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|---|---|---|---|
| N/A | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**2.** Manifiesto tener los soportes que acreditan cada una de las condiciones enunciadas en el punto anterior yme comprometo a conservarlos ytenerlos 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 el 02 de 01 de 2024, en dos ejemplares del mismo tenor.

Cordialmente,

PAOLA OSPINO Z

PAOLA SUGEY OSPINO ZAMBRANO
C.C. # 22586727 de PUERTO COLOMBIA

Señores:
**FIDUPREVISORA**
Ciudad

**REF: CERTIFICACION PARA EFECTOS DE RETENCION EN LA FUENTE LEY 1819DE 2016 – RENTAS DE TRABAJO.**

**CERTIFICACION BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO**

Yo, **PAOLA SUGEY OSPINO ZAMBRANO**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía N.º **22586727** expedida en **PUERTO COLOMBIA**, 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**".
**(Parágrafo 2 art. 383 E.T.)**

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

**Por lo anterior solicito se tenga en cuenta para la depuración de la base gravable del cálculo deretención las deducciones consagradas en el artículo 387 del E.T. Tributario.**

| Concepto | Aplica o NoAplica | Adjunto Soporte |
|---|---|---|
| 1) Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisiciónde vivienda. **(Adjuntar certificación año 2022, emitido porla respectiva entidadfinanciera)** | N/A | |

| | | |
|---|---|---|
| 2) Aportes Voluntarios a fondos de pensiones o cuentas AFC. **(Adjuntar carta de autorización e instrucciones dirigida a laFIDUCIARIA).** | N/A | |
| 3) Pagospor Medicina Prepagadao Segurosde 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 reglamentariasvigentes. | N/A | |
| 4) Deducción mensualpor concepto de dependientes de hasta el10% del totalde los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria en el respectivo mes por concepto de dependientes, hasta unmáximo de treinta ydos (32) UVT mensuales. | N/A | |
| Articulo 55 E.T Los aportes obligatorios que efectúen los trabajadores, empleadores yafiliados al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones | N/A | |
| **Concepto** | **Aplica o NoAplica** | **Adjunto Soporte** |
| no harán parte de la base para aplicar la retención en la fuente por rentas de trabajo | | |
| Los aportes obligatorios que efectúen los trabajadores, empleadores y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud no harán parte dela base para aplicar la retención en la fuente por salarios, y serán consideradoscomo un ingreso no constitutivo derenta ni de ganancia ocasional. | N/A | |
| Articulo 206 E.T Numeral 10.-El veinticinco por ciento (25%) del valor total de los pagos laborales, limitada mensualmente a doscientas cuarenta (240) UVT. El cálculo de esta renta exenta se efectuará una vez se detraiga del valor total de los pagos laborales recibidos por el trabajador, los ingresos no constitutivos de renta, las deducciones y las demás rentas exentas diferentes ala establecida en el presente numeral. | N/A | |
| **PERSONAS QUE TIENENLA CALIDAD DE DEPENDIENTES** | | |
| 1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años deedad ydependan económicamente del contribuyente. | N/A | |
| 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. | N/A | |

| | | |
|---|---|---|
| 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. | N/A | |
| 4. El cónyuge o compañero permanente del contribuyente quese 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. | N/A | |
| 5. Los padres ylos hermanos del contribuyente quese encuentren en situación de dependencia, sean por ausencia deingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos quesean certificados por Medicina Legal. | N/A | |

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación el 02 de 01 de 2024, en dos ejemplares del mismo tenor.

Cordialmente,

PAOLA OSPINO Z

PAOLA SUGEY OSPINO ZAMBRANO
C.C. # 22586727 de PUERTO COLOMBIA