

FIDUPREVISORA S.A.
Ciudad

Yo **MICHAELL YECID OSORIO CORONADO**, identificado con la cédula de ciudadanía número **1.129.573.219** expedida en 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:

- | CONCEPTO | APLICA O NO APLICA | ADJUNTO SOPORTE |
|---|--------------------|-----------------|
| 1) Interés 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 fondos de pensiones o cuentas AFC
(Adjuntar carta de autorización e instrucciones dirigida a la Fiduciaria) | NO APLICA | |
| 3) Pagos por Medicina Prepagada o Servicios 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 que 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 el 10% del total de los ingresos brutos provenientes de la relación laboral o legal y reglamentaria en el respectivo mes | NO APLICA | |

<p>por concepto de dependientes, hasta un máximo de treinta y dos (32) UVT mensuales.</p> <p>(Adjuntar declaración juramentada dirigida a Fiduprevisora indicando nombre, documento de identidad, edad y filiación de las personas por las que se solicita 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.)</p>		
---	--	--

CONCEPTO	APLICA O NO APLICA	ADJUNTO SOPORTE
PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES		
1) Los hijos del contribuyente que tenga hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente.	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.	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 compañera 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) UTV, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	APLICA	
5) Los padres o hermanos del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientos sesenta (260) UTV, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal.	NO APLICA	

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



C.C. 1.129.573.219 de Barranquilla

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 **MICHAELL YECID OSORIO CORONADO** identificado (a) con la cédula de ciudadanía N° **1.129.573.219**, expedida Barranquilla 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,



MICHAELL YECID OSORIO CORONADO
C.C. 1.129.573.219 de Barranquilla

Señores: **A quien interese**
E.S.D.

REFERENCIA: MANIFESTACIÓN EXPRESA DE NO ACEPTACIÓN DE DESCUENTO POR CONCEPTO DE APOORTE 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.

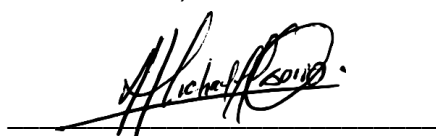
Sin embargo, se indicó en forma contradictoria a la disposición anterior en la parte considerativa de dicho Decreto Legislativo, que con el fin de garantizar el principio de eficiencia administrativa, los sujetos pasivos de dicho aporte, debían informar que no desean realizar este, por escrito al medio 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 APOORTE 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 tomada 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,



Michael Yecid Osorio Coronado

CC.1.129, 573.219