

FIDUPREVISORA S.A.  
Ciudad

Yo **OMETT MARTINEZ RAMOS**, identificado con la cédula de ciudadanía número **72.147.372** 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:

- Declarante ( )                      No Declarante (X)

| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | APLICA O NO APLICA | ADJUNTO SOPORTE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|
| 1) Interés o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda.<br>(Adjuntar certificación año 2019, emitido por la respectiva entidad financiera)                                                                                                                                                                                                                                                                   | NO APLICA          |                 |
| 2) Aportes Voluntarios a fondos de pensiones o cuentas AFC<br>(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.<br>(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 expresarse claramente que ninguna otra persona está solicitando dicha deducción en relación con estos dependientes.)</p> |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | APLICA O NO APLICA | ADJUNTO SOPORTE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|
| <b>PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                    |                 |
| 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. 72.147.372 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 **OMETT MARTINEZ RAMOS** identificado (a) con la cédula de ciudadanía N° **72.147.372**, 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,



-----  
**OMETT MARTINEZ RAMOS**  
C.C. **72.147.372** de Barranquilla