Señores:
FIDUPREVISORA S. A.
Ciudad

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

Yo, **Mary Angela Peralta Romero**, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 37.843.498,expedida en la ciudad de Bucaramanga, 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.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA
EMA ALEXANDRA NAVARRO PERALTA	1.083.017.524	10 AÑOS	06/10/2014

b. 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.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA
NO APLICA			

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 IDENTIFICACIÓN	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA
NO APLICA			

a. 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 IDENTIFICACIÓN	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA
NO APLICA			

b. Los padres y los hermanos 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 sean certificados por Medicina Legal.

NOMBRES Y APELLIDOS	No DE IDENTIFICACIÓN	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA
NO APLICA			

2. Manifiesto tener los soportes que acreditan cada una 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 principiode Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política Colombiana

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación a los 30 días del mes de junio de 2025 en dos (2) ejemplares del mismo tenor.

MARY ANGELA PERALTA ROMERO
C.C.37.843.798 BUCARAMANGA

Señores
FIDUPREVISORA S.A.
Ciudad

Ref.: Certificación Retención en la Fuente categoría empleado

Yo Mary Angela Peralta Romero identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 37.843.798 expedida en la ciudad de Bucaramanga, 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 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 vinculación laboral o legal y reglamentaria o de cualquier otra naturaleza.
2. Que los pagos a recibir se enmarcan en 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 (2024), tengo la condición de:

Declarante (**X**) no declarante ()

4. Que informaré 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 **DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE RETENCIÓN,** 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 2023, 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 2023 emitido por las respectivas empresas de medicina prepagada o compañía de seguros.)**	Aplica	Ver anexo 2.
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)**	Aplica	Ver anexo 1. tarjeta de identidad de Ema Navarro

Concepto	Aplica o no aplica	Adjunto soporte
PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES		
1. Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años y dependan económicamente del contribuyente.	Aplica	Ver tarjeta de identidad de Ema Navarro
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 situaciónde 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 dependenciaoriginada 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 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.	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 30 días del mes de junio de 2025 en dos (2) ejemplares del mismo tenor.

MARY ANGELA PERALTA ROMERO
C.C.37.843.798 BUCARAMANGA

ANEXOS

ANEXO 1. TARJETA DE IDENTIDAD HIJA MENOR 18 AÑOS.





ANEXO 2.
MEDICINA PREPAGADA

Medisanitas

CONTRATO FAMILIAR DE SERVICIOS DE MEDICINA PREPAGADA PLAN INTEGRAL MEDISANITAS

No. 20605232781

CONTRATANTE	NIT	REPRESENTANTE LEGAL
MARY ANGELA PERALTA ROMERO		

DOCUMENTO DE IDENTIDAD		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CIUDAD	CÓDIGO VENDEDOR	CORREO ELECTRÓNICO
CC	37843798	CALLE 93 #71-117 APTO 316 EDIFICIO PASEO DEL PARQUE		BARRANQUILLA	23430635	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	FORMA DE PAGO	VALOR CUOTA DE AFILIACIÓN
$ 10.824.000	MENSUAL	$ 902.000

FECHA EXPEDICIÓN			VIGENCIA DEL CONTRATO						PRECIO POR CADA VALE DE ASISTENCIA MÉDICA U ORDEN DE COMPRA DE SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA
			FECHA DE AFILIACIÓN DESDE			HASTA			
DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	DÍA	MES	AÑO	
18	02	2025	01	01	2025	31	12	2025	

USUARIO (APELLIDOS Y NOMBRES)	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		EDAD	PARENTESCO CON EL CONTRANTE	EXCLUSIONES - OBSERVACIONES
MARY ANGELA PERALTA ROMERO	CC	37843798	43	TITULAR	VER CARTA ANEXA
EMA ALEXANDRA NAVARRO PERALTA	TI	1083017524	10	HIJO(A)	
MARY EMA PERALTA ROMERO	CC	1098674752	35	OTROS	VER CARTA ANEXA

Pago cuota aprobada

Hola, **MARY**:

Te informamos que realizaste el **pago de tu(s) factura(s)** de Medicina Prepagada a través de nuestros canales virtuales:

Detalle de la transacción

Estado:	APROBADO
Plan:	MEDISANITAS INTEGRAL MEDISANITAS
Número de Contrato:	20605232781
Fecha de la transacción:	2025-06-04 10:58:19
Id pago:	37622926
Forma de pago:	TARJETA DEBITO
Banco de origen:	Bancolombia S.A.
Total:	$ 926100

Gracias por utilizar nuestros canales virtuales.