

Barranquilla, 01 de septiembre de 2025

Señor:

**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, **JOHAN ALEXIS CABRERA ZAPATA** identificado con la cédula de ciudadanía N° 1.140.818.064 expedida en 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”**.

**(Paragrafo 2 art. 383 E.T.)**

SI ( )

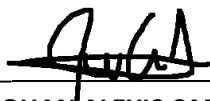
NO (X)

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

Concepto	Aplicao No Aplica	Adjun to Sopor te
1) Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda. <b>(Adjuntar certificación año 2023, emitido por las respectiva entidad financiera)</b>	NO	
2) Aportes Voluntarios a fondos de pensiones o cuentas AFC. <b>(Adjuntar carta de autorización e instrucciones dirigida a la FIDUCIARIA).</b>	NO APLICA	
<b>3) Pagos por Medicina Pre pagada 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.</b>	<b>SI APLICA</b>	<b>SÍ</b>
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	NO APLICA	

Concepto	Aplica o No Aplica	Adjunto Soporte
respectivo mes por concepto de dependientes, hasta un máximo de treinta y dos (32) UVT mensuales.		
Artículo 55 E.T Los aportes obligatorios que efectúen los trabajadores, empleadores y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Pensiones no harán parte de la base para aplicar la retención en la fuente por rentas de trabajo	NO APLICA	
Los aportes obligatorios que efectúen los trabajadores, empleadores y afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud no harán parte de la base para aplicar la retención en la fuente por salarios, y serán considerados como un ingreso no constitutivo de renta ni de ganancia ocasional.	NO APLICA	
Artículo 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 deduzca 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 a la establecida en el presente numeral.	NO APLICA	
<b>PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES</b>		
1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente.	NO 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.	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 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	

Cordialmente,



**JOHAN ALEXIS CABRERA ZAPATA**

C.C. 1.140.818.064 de Barranquilla

Señores  
**Pagador**  
Ciudad

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

Yo, **JOHAN ALEXIS CABRERA ZAPATA** identificado(a) con cedula de ciudadanía No. 1.140.818.064, expedida en Barranquilla, Obrando en mi propio nombre y representación, por medio del presente 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 del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad.

NOMBRES Y APELLIDOS	No. DE IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

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

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

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 sean certificados por Medicina Legal.

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


e. 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 IDENTIFICACION	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA

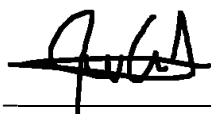
2. Manifiesto tener los soportes que acreditan cada uno de las condiciones enunciadas en el punto anterior y me comprometo a conservarlos y tenerlos a disposición.

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 principio de Buena Fe consagrado en el artículo 83 de la Constitución Política Colombiana

En constancia de lo anterior se suscribe la presente certificación a los 01 días del mes de septiembre de 2025.

Cordialmente



JOHAN ALEXIS CABRERA ZAPATA

C.C. 1.140.818.064 de Barranquilla

## PLAN SALUD CLÁSICO FAMILIAR

Este es el certificado del seguro con el que ahora te acompañamos



### INFORMACIÓN BÁSICA DEL TOMADOR

Tomador  
JOHAN ALEXIS CABRERA ZAPATA

Tipo y número de identificación  
C 1140818064

Dirección de correspondencia  
CR 66 B # 68 71 APTO 603

Ciudad  
BARRANQUILLA

Correo electrónico  
johancabrerezapata@gmail.com

Celular o teléfono  
3602852

### ASEGURADOS PLAN 1730

Nombre y apellidos	Tipo de identificación	Número de identificación	Parentesco	Edad
JOHAN ALEXIS CABRERA ZAPATA	CEDULA	1140818064	AFILIADO(A)	36 AÑOS
Extraprima por edad	Extraprima morbilidad	Descuento grupo familiar	Valor Dcto PBS SURA Régimen contributivo	Prima anual (IVA incluido)
0%	0%	0%	\$11.400	\$5.896.624



### TRATAMIENTO MÉDICO Y HOSPITALARIO EN COLOMBIA

COBERTURA	APLICA POR	COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago)	COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago)	COPAGOS EN RED EXTERNA	COPAGOS EN SALUD SURA
<b>Gastos Hospitalarios y Quirúrgicos</b>					
Habitación individual sencilla	Hospitalización	ilimitada	ilimitada a tarifas SURA en Convenio	\$0	No aplica
Unidad de cuidados intensivos					
Gastos intrahospitalarios	Evento		No aplica		
Hospitalización domiciliaria					
<b>Honorarios Médicos</b>					
Visitas médicas pre y posthospitalarias hasta 3	Hospitalización	Limitada	Por visita hasta \$235.500	\$0	No aplica
Visitas hospitalarias		ilimitada	Por visita hasta \$353.250		
Visitas hospitalarias en UCI			Por visita hasta \$471.000		
Honorarios quirúrgicos y de anestesiólogo		Al 100%	Tarifas SURA en convenio		
Enfermera posthospitalaria (hasta 20 días)	Evento	Limitada	Por día hasta \$117.750		
<b>Prótesis e Insumos</b>					
Prótesis e insumos	Hospitalización	ilimitada	Tarifas SURA en convenio	\$0	No aplica
Prótesis de miembros superiores o inferiores	Vigencia anual	\$181.210.000	\$181.210.000		



## TRATAMIENTO MÉDICO Y HOSPITALARIO EN COLOMBIA

COBERTURA	APLICA POR	COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago)	COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago)	COPAGOS EN RED EXTERNA	COPAGOS EN SALUD SURA
<b>Donación de Órganos</b>					
Donación de órganos	Hospitalización	ilimitada	Tarifas SURA en convenio	\$0	No aplica
<b>Medicamentos Pre y Post Hospitalarios</b>					
Medicamentos pre y post hospitalarios	Hospitalización	Condiciones Generales	Al 100%	\$0	No aplica



## TRATAMIENTO AMBULATORIO EN COLOMBIA

COBERTURA	APLICA POR	COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago)	COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago)	COPAGOS EN RED EXTERNA	COPAGOS EN SALUD SURA
<b>Tratamientos para Cáncer, VIH - SIDA, Hemodiálisis y Diálisis</b>					
Quimio, radio y hormonoterapia por cáncer o leucemia	Evento	ilimitada	Tarifas SURA en convenio	\$0	No aplica
Hemodiálisis y diálisis peritoneal					
VIH-SIDA					
Visita médica para cáncer	Consulta		\$235.500		
Visita médica para VIH-SIDA					
Medicamentos secundarios a quimio, radio y hormonoterapia	Vigencia anual	\$19.853.000	\$19.853.000		
<b>Tratamientos específicos enunciados en las condiciones generales</b>					
Tratamientos específicos Limitado	Vigencia anual	Al 100% limitada	\$30.201.600	\$0	No aplica
Visita tratamiento específico limitada	Consulta	limitada	Tarifa Sura		\$0
<b>Otros tratamientos medicos ambulatorios</b>					
Cirugías por accidente, fracturas, luxaciones y esguinces	Evento	ilimitada	Tarifas SURA en convenio	\$0	No aplica
Cirugías ambulatorias por enfermedad				\$71.600	\$46.100
Urgencias por accidente				\$0	\$0
Puvaterapia				Tarifa SURA en convenio	No aplica
Laboratorio clínico			No aplica	\$0 - \$234.600	\$0 - \$143.700
Exámenes diagnóstico, imagenología o radiológicos	Exámen		No Aplica	\$0 - \$88.000	\$0 - \$33.000
Asistencia domiciliaria por urgencias odontológicas	Evento	Ilimitada	No aplica	\$0	No aplica
Órtesis	Vigencia anual	\$2.745.600	\$2.745.600		
Consultas prenatales limitada		Al 100% Limitada	\$1.177.500		
Valor máximo consulta prenatal	Consulta	Al 100%	Hasta \$235.500		
Infiltraciones ortopédicas Intratimpánicas y dermatológicas	Evento	ilimitada	No aplica	\$45.500	\$18.800
<b>Terapias enunciadas en las condiciones generales</b>					
Terapias hasta 80 sesiones por vigencia anual	Sesión	Limitadas	No aplica	\$21.500	\$18.800
Evaluación neuro psiquiátrica psicológica hasta 1	Evento	Limitada		\$52.000	\$0
Nebulizaciones por Evento		ilimitada		\$21.500	\$10.800
Escleroterapia hasta 10 sesiones por vigencia anual	Sesión	Limitada		\$68.800	\$0



## ASISTENCIA EN VIAJE

COBERTURA	COBERTURA ASISTENCIA EN VIAJE POR RED (APLICAN CONDICIONES GENERALES)	TIEMPO DE ASISTENCIA COBERTURA EN VIAJE POR RED
Suma asegurada máxima por viaje		
Suma asegurada máxima	\$50.000 USD	Hasta 60 días
Coberturas con sublímite de valor asegurado por viaje		
Medicamentos ambulatorios relacionados con la emergencia	\$3.000 USD	Hasta 60 días
Odontología por urgencia, limitada únicamente al tratamiento del dolor	\$1.500 USD	
Complicaciones del embarazo hasta la semana 32 de gestación	\$7.000 USD	
Hospitalización psiquiátrica aguda	\$12.000 USD	
Enfermedades previas al viaje, amparadas por la póliza	\$25.000 USD	



## COBERTURAS OPCIONALES

COBERTURA	APLICA POR	COBERTURA RED SURA EN CONVENIO (Menos el copago)	COBERTURA POR REEMBOLSO (Menos el copago)	COPAGOS EN RED EXTERNA	COPAGOS EN SALUD SURA
Consulta Externa Ilimitada					
Consulta externa ambulatoria	Consulta	Ilimitada con copago	\$191.100	\$47.400	\$43.000
Urgencias por enfermedad ilimitada					
Honorarios médicos	Urgencia	ilimitada con copago	Hasta \$255.600	\$77.900	\$45.500
Insumos clínicos		ilimitada	ilimitada	\$0	\$0

**Los copagos se modificarán anualmente a partir del primero (1ro) de enero de cada año, independiente de la fecha de renovación de tu seguro.**



## ANEXOS OPCIONALES

Nombre asegurado	Consulta externa	Urgencias por enfermedad
JOHAN ALEXIS CABRERA ZAPATA	SI	SI



## VIGENCIA Y VALOR DEL SEGURO

Vigencia del seguro	Desde	Hasta	Valor sin IVA	Valor IVA	Valor del seguro
	2025-03-19	2026-03-19	\$5.615.832	\$280.792	\$5.896.624

## INFORMACIÓN DEL PAGO

Forma de pago	Valor sin IVA	Valor IVA	Valor del Seguro
MENSUAL	\$467.986	\$23.399	\$491.386

## INFORMACIÓN BÁSICA DE LA PÓLIZA

Número de la póliza	Plan	Oficina de radicación
090001539557	1730	035 BARRANQUILLA



## INFORMACIÓN DEL ASESOR

Código	Nombre	Teléfono/Celular	Correo electrónico
29547	KARLA VANESSA ACOSTA VARGAS	3008747238	karla.acosta@asesorsura.com



## TEXTOS Y ACLARACIONES

Este seguro se terminará:

- a) Por mora en el pago de la prima.
- b) Por incumplimiento de tus obligaciones.
- c) Cuando lo decidas y mediante una comunicación escrita debidamente firmada.

El tomador, asegurado, beneficiario o afianzado, se obligan a actualizar anualmente o al momento de la renovación de la póliza, la información contenida en el formulario de vinculación de clientes y sus anexos y a entregar información veraz y verificable. A su vez la compañía tiene la facultad de cancelar el contrato, de conformidad con lo autoizado por el régimen legal propio de cada contrato, en caso de desatención a estos deberes.

Somos grandes contribuyentes. Favor no efectuar retención sobre el IVA. Las primas de seguros no están sujetas a retención en la fuente decreto reglamentario 2509/85 art. 17. Autorretenedores resolución n° 009961 terminación automática del contrato del seguro: "La mora en el pago de la prima de la póliza o los certificados o anexos que se expidan con fundamento en ella, producirá la terminación automática del contrato y dará derecho al asegurador para exigir el pago de la prima devengada y de los gastos causados con ocasión de la expedición del contrato". El presente contrato se rige por las condiciones generales y particulares contenidas en la forma F-14-11-0090-262 las cuales se adjuntan.

## TEXTOS Y ACLARACIONES ANEXAS

EN SURA PENSAMOS EN TU BIENESTAR, INGRESA HOY A LONGEVO AQUÍ [HTTPS://URLGENI.US/HOMEVIVE](https://urlgeni.us/homevive) O INGRESANDO A VIVE MÁS A TRAVÉS DE LA APP SEGUROS SURA Y DESCUBRE TODO LO QUE TENEMOS PARA TU BIENESTAR.

## EXCLUSIONES

Texto asegurado C1140818064	Nombre MEDICAMENTOS AMBULATORIOS PARA EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO POR GLAUCOMA	Alcance SE EXCLUYEN TODOS LOS MEDICAMENTOS AMBULATORIOS PARA EL TRATAMIENTO DE GLAUCOMA
Texto asegurado C1140818064	Nombre GLAUCOMA BILATERAL Y TODA ENFERMEDAD Y/O CONDICIÓN CAUSADA POR ÉSTOS Y/O RELACIONADA A LOS MISMOS, INCLUYENDO LAS CONSECUENCIAS DEL TRATAMIENTO.	Alcance NO TENDRÁN COBERTURA LOS TRATAMIENTOS MEDICOS Y/O QUIRÚRGICOS RELACIONADOS CON GLAUCOMA, LOS TRATAMIENTOS REALIZADOS POR ESTA CAUSA Y LOS EXÁMENES DE DIAGNOSTICO DE ALTA COMPLEJIDAD PARA EL SEGUIMIENTO DE LA PATOLOGÍA

## CONDICIONES GENERALES

Fecha a partir de la cual se utiliza 01-01-2025	Tipo y número de la entidad 14-11	Tipo de documento P	Ramo al cual pertenece 35	Identificación de la proforma F-14-11-0090-262
--	--------------------------------------	------------------------	------------------------------	---

Firma autorizada

Si tienes alguna inquietud o deseas información adicional, puedes comunicarte con tu asesor Karla Vanessa Acosta Vargas al teléfono 3008747238, escribirle al e-mail: [karla.acosta@asesorsura.com](mailto:karla.acosta@asesorsura.com),  
o contactarnos a través de nuestra Línea de Atención al Cliente (601) 437 8888 en Bogotá, (602) 437 8888 en Cali y (604) 437 8888 en Medellín.  
Llama sin costo desde cualquier lugar del país al 01800 051 8888 o desde tu celular marcando #888.

Para Efectos De Cualquier Notificación, La Dirección De Seguros Generales Suramericana S.A.  
Es: Carrera 64b N°49a- 30 De Medellín.

CLIENTE