Barranquilla, mayo de 2026

Señores
FIDUPREVISORA S.A.
Ciudad

Referencia: Certificación Retención en la Fuente

Yo, **JENIFER CAROLINA NAVARRO SANABRIA** identificada con la cédula de ciudadanía número **1140868667** expedida en la ciudad de 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:

1. Que cumplo con las condiciones previstas en el estatuto tributario para pertenecer a la categoría de 'empleado" en los términos en que la define el artículo 329 del EL, 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 o contratante, mediante una vinculación laboral o legal y reglamentaria b de cualquier otra naturaleza.

2. Que los pagos a recibir se enmarcan en la categoría (ti) 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 artículo.

3. Que respecto del año gravable anterior (2025), 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.

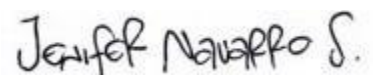
5. Que solicito se tenga en cuenta para la DEPURACION DE LA BASE DEL CÁLCULO DE RETENCION, prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario, los pagos efectivamente realizados por los siguientes conceptos:

Concepto	Aplica o No Aplica	Adjunto Soporte
1. Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda.	NOAPLICA	
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 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.	SI 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 por concepto de dependientes1 hasta un máximo de treinta y dos (32) UVE mensuales. (Adjuntar declaración juramentada dirigida a Fiduprevisora indicando nombre, documento de identidad, edad y filiación de las personas por las que se solícita esta deducción conforme á las categorías descritas a continuación. En la declaración debe expresar claramente que ninguna otra persona está solicitando dicha deducción en relación con estos dependientes.)	NO APLICA	

Concepto	Aplica o No Aplica	Adjunto Soporte
PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES		
1. Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente.	SI 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, doscientas 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 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 en el mes de abril de 2026 en dos ejemplares del mismo tenor.



JENIFER CAROLINA NAVARRO SANABRIA
C.C. 1140868667 de Barranquilla
Teléfono: 3042761778

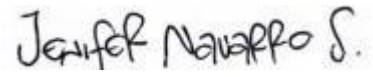
JENIFER CAROLINA NAVARRO SANABRIA, identificado con la cédula de ciudadanía No. 1140868667 expedida en BARRANQUILLA, obrando en mi propio nombre y representación, para efectos de probar la existencia y dependencia económica de los dependientes a que se refiere el artículo 2° del Decreto No. 0099 de 2013, bajo la gravedad del juramento,

CERTIFICO

Que las personas identificadas a continuación son dependientes económicamente a mi cargo:

NOMBRES Y APELLIDOS	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PARENTESCO
MIGUEL ANGEL GIRALDO NAVARRO	RC 1046739196	HIJO

En constancia de lo anterior, se suscribe la presente certificación en el mes de mayo de 2026. Atentamente.



JENIFER CAROLINA NAVARRO SANABRIA
C.C. 1140868667 de Barranquilla
Correo: jennifernavarro0513@hotmail.com
Teléfono: 3042761778

Coomeva Medicina Prepagada

COOMEVA MEDICINA PREPAGADA

NIT. 805.009.741-0

CERTIFICA

Que el Señor(a) NAVARRO SANABRIA JENNIFER CAROLINA con número de documento No. 1140868667 se encuentra afiliado(a) a nuestro servicio de MEDICINA PREPAGADA.

Beneficiario	Identificación	Plan - Programa	Parentesco	Fecha Inicio	Valor
GIRALDO NAVARRO, MIGUEL ANGEL	1046739196	F OPLF	Hijo	2021/02/01	$ 3,113,995.00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2024 pagó por concepto de Medicina Prepagada la suma de: $ 3,113,995.00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2024 pagó por concepto de IVA del servicio Medicina Prepagada la suma de: $ 155,700.00

Monto total de los pagos: $ 3,269,695.00

Se expide este certificado a los 29 días del mes de Agosto de Dos mil veinticinco (2025). De acuerdo con lo dispuesto en el Literal a) del Artículo 387 del Estatuto Tributario y el Artículo 6 del decreto 4713 de Diciembre 26 de 2.005.

Dirección Nacional De Operaciones.
Coomeva Medicina Prepagada.