

Barranquilla, diciembre de 2025

Señores  
**FIDUPREVISORA S.A**  
Ciudad

**REF. CERTIFICACIÓN DEPENDIENTE ART 378 E.T., PARA FINES DE RETENCIÓN EN LA FUENTE POR PAGOS LABORALES**

Yo, SANDRA ANGELINA BUSTILLO SERRANO, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No. 1.234.089.723 expedida en Barranquilla. 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 de edad.

| NOMBRES Y APELLIDOS | No DE IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---------------------|----------------------|------|------------------------------|
| N/A                 |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |

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 IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---------------------|----------------------|------|------------------------------|
| N/A                 |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |

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 IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---------------------|----------------------|------|------------------------------|
| N/A                 |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |

d. 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 IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---------------------|----------------------|------|------------------------------|
| N/A                 |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |

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 |
|---------------------|----------------------|------|------------------------------|
| N/A                 |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |
|                     |                      |      |                              |

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 en el mes de DICIEMBRE de 2025 en dos ejemplares del mismo tenor.

*Sandra Bustillo Serrano*  
**SANDRA ANGELINA BUSTILLO SERRANO**  
**C.C 1.234.089.723 DE BARRANQUILLA**

Ciudad

| Concepto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Aplica o no Aplica | Adjunto soporte |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|
| 1. Intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos para adquisición de vivienda.<br>(Adjuntar certificación año 2024, emitido por la respectiva entidad financiera)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NO APLICA          |                 |
| 2. Aportes voluntarios a fondo de pensiones o cuentas AFC<br>(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.<br>(Adjuntar certificación año 2024 emitido por las respectivas empresas de medicina prepagada o compañía de seguros.)                                                                                                                                                                                                                | NO APLICA          |                 |
| 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.<br>(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) | NO APLICA          |                 |

| Concepto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Aplica o no aplica | Adjunto soporte |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----------------|
| <b>PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                 |
| 1. 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 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          | NO              |
| 3. 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.                                                                                                                                                                                                | 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 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 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.                                                | NO APLICA          | NO              |

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 en el mes de **DICIEMBRE** de **2025** en dos ejemplares del mismo tenor.

*Sandra Bustillo Serrano*

**SANDRA ANGELINA BUSTILLO SERRANO**

**C.C 1.234.089.723 DE BARRANQUILLA**