Barranquilla, marzo de 2021

Señores
FIDUPREVISORA S.A.
Ciudad

Referencia: Certificación Retención en la Fuente categoría empleado

Yo, **SOL MARIA JIMENEZ SUAREZ** identificada[o] con la cédula de ciudadanía número **22.588.646** 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 (2020), 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.)	SI 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 marzo de 2021 en dos ejemplares del mismo tenor.



_____

SOL MARIA JIMENEZ SUAREZ
CC. No. 22.588.646
Correo electrónico: solmariasolmaria268@gmail.com
Celular: 3014469012

Yo SOL MARIA JIMENEZ SUAREZ, identificado con la cédula de ciudadanía No. 22.588.646 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
SAMUEL ALEJANDRO OROZCO JIMENEZ	Nuip (Registro Civil) 1048084466	HIJO

En constancia de lo anterior, se suscribe la presente certificación en el mes de marzo de 2021.

NOTA: ADJUNTO REGISTRO CIVIL SAMUEL ALEJANDRO OROZCO JIMENEZ Y CERTIFICADO DE PAGOS DE PLAN COMPLEMENTARIO DE SURA.

Atentamente.



_____

SOL MARIA JIMENEZ SUAREZ
CC. No. 22.588.646
Correo electrónico: solmariasolmaria268@gmail.com
Celular: 3014469012

10:47 ··· 4.5G

Rte_PLAN_COMPLEM...

EPS sura

12220483

CERTIFICADO DE PAGOS PLAN COMPLEMENTARIO DE SALUD

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

NIT 800088702 - 2

CERTIFICA

ENTIDAD O PERSONA	SOL MARIA JIMENEZ SUAREZ
IDENTIFICACIÓN	C 22588646
CONCEPTO	Pagos plan complementario de salud Nro(s). 04-900883-1
CIUDAD	BARRANQUILLA

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE BENEFICIARIO	PARENTESCO	PERIODOS DE PAGO	PRIMA PAGADA
R 1048084466	SAMUEL ALEJANDRO OROZCO JIMENEZ	HIJO(A)	10	$ 882,962
C 22588646	SOL MARIA JIMENEZ SUAREZ	AFILIADO(A)	10	$ 882,962
T 1194863554	SOFIA MARIA OROZCO JIMENEZ	HIJO(A)	10	$ 882,962

VALOR PRIMA PAGADO DURANTE EL 2020	**$ 2,648,886**
VALOR IVA PAGADO DURANTE EL 2020	**$ 132,444**
VALOR TOTAL PAGADO DURANTE EL 2020	**$ 2,781,330**

Ciudad y Fecha de Expedición

Medellín, 09 de febrero de 2021

Carrera 43 No 46 A 41, Medellín - Colombia

Fecha de impresión 26 Marzo 2021

III ○ <



REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

NUIP 1.048.084.466

Indicativo Serial 57464766

Datos de la oficina de registro : Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 03 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ Código 0 7 1

NOTARIA 3 BARRANQUILLA - COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA

Datos del inscrito

Primer Apellido: OROZCO Segundo Apellido: JIMENEZ

Nombre(s): SAMUEL ALEJANDRO

Fecha de nacimiento: Año 2017 Mes ABR Día 20 Sexo: MASCULINO Peso (en kilos): Hora del nacimiento: A Factor RH: POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía): COLOMBIA ATLANTICO PUERTO COLOMBIA

Tipo de documento antecedente o Declaración de nacido vivo: CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO Número certificado de nacido vivo: 14088864-5

Datos de padre o madre (Para casos de padres indígenas con usos costumbres o apegos del mismo sexo, acorde al preguntado por indígena los declarantes para el primer apellido del inscrito)

Apellidos y nombres completos: JIMENEZ SUAREZ SOL MARIA

Documento de identificación (Clase y número): CC 22.588.646 Nacionalidad: COLOMBIA

Apellidos y nombres completos: OROZCO MARUN RAFAEL JOSE

Documento de identificación (Clase y número): CC 9.145.947 Nacionalidad: COLOMBIA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos: OROZCO MARUN RAFAEL JOSE

Documento de identificación (Clase y número): CC 9.145.947 Firma:

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): Firma:

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos:

Documento de identificación (Clase y número): Firma:

Fecha de inscripción: Año 2017 Mes ABR Día 21

Nombre y Firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: GINO CESAR CORDOBA RINCON NOTARIA

Reconocimiento paterno: Firma

Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento: Firma

EXPIDE 2017 - SE EXTIENDE CONFORME AL ARTICULO 115 LEY 1306 DE 2010

El suscrito Notario Tercero de Barranquilla certifica que este registro es fiel copia del original de serial **57464766** de esta notaría. Expedido para acreditar parentesco. Barranquilla: 05/06/2019.

Artículo 2º DEC 2188 03

ALFONSO LUIS AVILA FADUL
Notario Tercero del Círculo de Barranquilla