Señores
**FIDUPREVISORA S.A**
Ciudad

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

Yo, **Nancy Juliana García Galán**, identificado(a) con la cedula de ciudadanía No 63.523.892 expedida en 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 de edad.

| NOMBRES Y APELLIDOS | No DE IDENTIFICACION | EDAD | FECHA DE NACIMIENTO DD/MM/AA |
|---|---|---|---|
| N/A | | | |
| N/A | | | |
| 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 | | | |
| N/A | | | |
| N/A | | | |
| 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 | | | |
| N/A | | | |
| 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 | | | |
| N/A | | | |
| N/A | | | |
| 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 | | | |
| N/A | | | |
| N/A | | | |
| 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 a los 30 días del mes de Abril de 2021 en dos ejemplares del mismo tenor.

Nancy Juliana García Galán
C.C 63.523.892 Bucaramanga

Señores
**FIDUPREVISORA S.A**
Ciudad

Ref. Certificación Retención en la Fuente categoría empleado

Yo Nancy Juliana García Galán, identificado(a) con la cedula de ciudadanía número 63.523.892, expedida en la ciudad de Bucaramanga obrando en mí propio nombre y representación, por medio del presente documento me permito certificar bajo lo 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 dentro de 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 (2020), tengo la condición de :
   Declarante ( x ) no declarante ( )
4. Que informare 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 CALCULO 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. **(Adjuntar certificación año 2020, 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 2020 emitido por las respectivas empresas de medicina prepagada o compañía de seguros.)** | | SI |
| 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)** | NO APLICA | |

| Concepto | Aplica o no aplica | Adjunto soporte |
|---|---|---|
| **PERSONAS QUE TIENEN LA CALIDAD DE DEPENDIENTES** | | |
| 1. Hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad y dependan económicamente del contribuyente. | NO APLICA | NO |
| 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 | NO |
| 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 | NO |
| 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 30 días del mes de Abril de 2021 en dos ejemplares del mismo tenor.

Nancy Juliana García Galán
C.C. 63.523.892



**COLSANITAS S A**

**Compañía de Medicina Prepagada**

**N.I.T. : 860.078.828-7**

**Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá**

**y fuera de Bogotá 018000979020**

## CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

**Bogotá, 30 de marzo de 2021**

**A QUIEN CORRESPONDA**

COLSANITAS certifica: que durante el año gravable 2020, **NANCY JULIANA GARCIA GALAN** identificado (a) con CC No. 63523892, Titular del Contrato No.10108052444, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

| APELLIDOS Y NOMBRES | DOCUMENTO | PARENTESCO | PERIODO | VR NETO | VALOR IVA | TOTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|
| NANCY JULIANA GARCIA GALAN | CC 63523892 | TITULAR | 01-01/31-12 | $3.696.000 | $184.800 | $3.880.800 |
| ESPERANZA GALAN VALENZUELA | CC 37829959 | PADRES | 01-01/31-12 | $3.696.000 | $184.800 | $3.880.800 |
| POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS | | | | $154.285 | $7.715 | $162.000 |

**LA SUMA DE: $7.923.600 (SIETE MILLONES NOVECIENTOS VEINTITRES MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE)**

**De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, articulo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT.**

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

**Atentamente,**

**Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada**