Ibagué, 17 de Diciembre de 2021

Señores
ALCALDÍA MUNICIPAL DE IBAGUÉ

Yo, **PAOLA ANDREA ZARATE QUINTERO**, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma y bajo la gravedad de juramento manifestó:

1. SOY RESPONSABLE DE IVA _____ NO SOY RESPONSABLE DE IVA __X__
2. No ___ Si X soy contribuyente del impuesto sobre la renta y complementarios para el año gravable 2020.
3. De conformidad a la Ley 1943 de 2018:
   No __X__ tengo trabajadores asociados a la actividad.
   Si ___ tengo trabajadores asociados a la actividad 1 ___, 2 o mas _____
4. SI _X_ NO __ cuento con un certificado por intereses o corrección monetaria cancelados por el año **2020**, en virtud de préstamos para adquisición de vivienda. En caso afirmativo certifico que este no está siendo utilizado por otro contribuyente. Anexo carta de solicitud con el respectivo soporte.
5. SI _X_ NO __ cuento con un certificado por los pagos de medicina prepagada y pólizas de seguros efectuados durante el **año 2020**. En caso afirmativo certifico que este no está siendo utilizado por otro contribuyente. Anexo soporte.
6. SI _X_ NO __ cuento con dependientes. En caso afirmativo, esta deducción no está siendo utilizada por otro contribuyente, en relación con el o los siguiente (s) dependiente (s):

Nombre	Documento de Identidad	Parentesco	Calidad de Dependiente
VALERIA AVENDAÑO	1.010.840.894	HIJA	1

La calidad de dependiente, está definida en el parágrafo 3 del artículo 2 del decreto 099 de enero de 2013.
Se debe señalar el numeral al cual corresponda (1,2,3,4 o 5) por los numerales 3,4 y 5 según sea el caso se debe anexar certificado.

7. A continuación, relaciono los pagos a efectuarse en el presente mes.

N° de pago	N° y año del contrato	Valor Bruto del Pago en el mes
TERCER	2194 DEL 27 DE AGOSTO DE 2021	$4.250.000
TOTAL	CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS M/CTE.	$4.250.000

Adicionalmente manifiesto que los documentos adjuntos a la presente Orden de Pago corresponden a los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social en Salud, Pensión y Riegos Laborales, que se originaron con ocasión al Contrato de Prestación de Servicios No. 2194 DEL 27 DE AGOSTO DE 2021, con la Planilla No. **9427819695 por valor de $522.400,** correspondientes al mes de Noviembre de 2021.

FIRMA: _____
PAOLA ANDREA ZARATE QUINTERO
C.C. No. 52.846.283

Escaneado con CamScanner

CERTIFICACIÓN TRIBUTARIA / AÑO GRAVABLE 2020

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A [illegible]
Avenida El Dorado No [illegible] Piso 1, Bogotá

Cliente PAOLA ANDREA ZARATE QUINTERO

Identificación: C.C 52846283

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF Bogotá

Fecha de solicitud [illegible]

Fecha de expedición [illegible]

INFORMACIÓN CUENTAS DE AHORROS, CORRIENTES Y DEPÓSITOS DE BAJO MONTO

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	SALDO A 31.DIC.2020	RENDIMIENTOS FINANCIEROS PAGADOS	RENDIMIENTOS NO GRAVADOS 44.23% *	VALOR RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS RETENIDO**	INTERESES PAGADOS POR SOBREGIRO
CUENTA DAMAS	05500056800780740	$4,717 99	$4 70	$2 07	$0 00	[illegible]	[illegible]
CUENTA CORRIENTE	0560006860014288	$600 57	$0 00	$0 00	$0 00	[illegible]	[illegible]
TOTALES		$5,618.56	$4.70	$2.07	$0.00	[illegible]	[illegible]

**De conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 del Estatuto Tributario (modificado por el artículo 86 de la Ley 2010 de 2019), solo el 50% de GMF es deducible
Estimado cliente: Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares , encontrará los datos totales del producto, los cuales son de carácter informativo. Esta información no debe tener ningún [illegible]
* Corresponde al porcentaje de los rendimientos financieros percibidos durante el año

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CREDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2019	SALDO AL 31.DIC.2020	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCION INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO 2020	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700321000861599	17/03/2006	$41,700,000 00	$15,143,233 00	$9,969,441 00	$7,363,000 00	$562,139 89	$239,470 39	$0 00
TOTALES			$41,700,000.00	$15,143,233.00	$9,969,441.00	$7,363,000.00	$562,139.89	$239,470.39	$0.00

Los deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Artículo 1.2.1.1.6 del Decreto 1625 de 2016

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo con el artículo 10 del Artículo 1.6.1.12.12 Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa

Esta certificacion incluye todos los productos vigentes o cancelados poseidos durante el año 2020

Recuerde: El decreto 1680 del 17 de diciembre de 2020 establece quienes son declarantes de renta para el año 2020.

En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner

COLMÉDICA

COLMÉDICA MEDICINA PREPAGADA S. A.

NIT. 800.106.339-1

CERTIFICA :

Que el señor(a) ZARATE QUINTERO PAOLA ANDREA identificado(a) con CC No. 52846283 tiene el contrato No. 500201220007 de Medicina Prepagada, el cual ampara a las siguientes personas:

Nombre	Identificación	F. Ini Vig	F. Fin Vig	Parentesco	Valor
AVENDAÑO ZARATE VALERIA	TI 1010840894	15/07/2019	31/12/2021	HIJO(A)	2,296,920
ZARATE QUINTERO PAOLA ANDREA	CC 52846283	15/07/2019	31/12/2021	TITULAR	3,188,028

Este certificado se expide por el periodo comprendido entre el 01/01/2020 al 31/12/2020 para efectos de disminuir la base de retención en la fuente, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 387 del Estatuto Tributario y la Resolución 000111 del 1[illegible]/12/2020 Expedida por la DIAN.

El valor máximo a deducir mensualmente por este concepto será de 16 UVT ($580,928 año 2021).

Los pagos por salud que dan derecho al descuento son de manera exclusiva, los efectuados por el trabajador en contratos de prestación de servicios a las empresas de Medicina Prepagada, de los cuales se beneficie el trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes.

Expedida en la ciudad de BOGOTA a los 4 dias del mes de Mayo de 2021

FIRMA AUTORIZADA

Escaneado con CamScanner

Escaneado con CamScanner