Consorcio FOPEP
Fiduciaria Bancolombia • Fiduprevisora

CERTIFICADO VALOR PENSIÓN

EL CONSORCIO FOPEP

Hace constar

Que una vez verificada nuestra base de datos el(la) Señor(a) **PELAEZ FRANCO NORA GABRIELA** identificado(a) con **CC 25154270**

Recibe mesadas pensionales, así

Concepto	Valor
JUBILACION NAL	$9,497,536.40

Los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se consignan por intermedio de NUEVA EPS .

Se expide a solicitud del interesado hoy **(19)** días del mes **(8)** del año **(2023)** Hora: **(12:40 pm)**

Para corroborar los datos y la veracidad de este certificado, puede realizar la consulta en https://www.fopep.gov.co/validacion-de-certificados Citando el siguiente código: **plcj-1797-mtyt-4524-CC**

ESTE CERTIFICADO NO REQUIERE FIRMA

Este certificado es informativo para el pensionado, para operaciones de crédito recomendamos verificar la identificación del usuario por parte de la entidad.

Línea de atención al pensionado (601) 4227422
Página Web: www.fopep.gov.co opción Contáctenos
Única sede: Carrera 13 No. 27-00 Oficina 811 Edificio Bochica del Centro Internacional Tequendama – Bogotá

	Nombre del proceso/subproceso: Gestión Financiera	Código: FI-P02-F07
Defensoría del Pueblo COLOMBIA	DECLARACION JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL	Versión: 02
		Vigente desde: 29/02/2016

Ciudad **PEREIRA, RISARALDA**, Fecha **DICIEMBRE 10 DE 2024**

Yo, **NORA GABRIELA PELÁEZ FRANCO**, C. C. No. **25.154.270** de **Santa Rosa de Cabal**, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-4187** año **2023** de la Regional **RISARALDA**, de conformidad con el Decreto 099 del 25 de enero de 2013 y para efectos de depuración de los ingresos mensuales que han de determinar la base gravable de Retención en la Fuente, aplicable a los empleados independientes, informo que el valor pagado al Sistema General de Seguridad Social en Salud, Pensión y A. R. L., corresponden al mes de **DOCIEMBRE** del año **2024** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.		**4578395915**
Valor Pagado Salud	+	**$ 273.700**
Valor Pagado Pensión	+	**-0-**
Valor Pagado A.R.L.	+	**$ 11.500**
= Total Pago de Seguridad Social mensual	=	**$ 285.200**
Es Pensionado		**Si** [X] **No** [ ].

OTRAS DEDUCCIONES (BENEFICIO TRIBUTARIO) A TENER EN CUENTA PARA DISMINUIR AÚN MÁS LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE, ADJUNTE LOS DOCUMENTOS (POR UNA SOLA VEZ AL AÑO) CITADOS A CONTINUACIÓN:

Hace Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art 126-1 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 201___**. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 201___**. (Art. 387 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .

Declarante de Renta: **Si** [X] **No** [ ] .

El Contrato de prestación de servicios, suscrito con la Defensoría del Pueblo, se detalla a continuación:

Número del contrato	Valor total del Contrato	Valor a pagar en el mes incluido IVA	Fecha de iniciación	Fecha de terminación	Observaciones
4187/ 2023 ADICIONADO A PARTIR DEL 1º. JULIO DE 2024	**69.189.000,00**	**5.473.000,00**	**02-12-2023**	**31-12-2024**	**CONTRATO CD-DP-4187/2023 ADICIONADO A PARTIR DEL 1º. JULIO/2024 EN $1.680.000.oo**

En constancia de lo anterior, se firma a **(DIEZ (10) DE DICIEMBRE DE 2024**

Nombre: **NORA GABRIELA PELÁEZ FRANCO**

No. C. C. 25.154.270 Santa Rosa de Cabal - CONTRATO CD-DP – 4187/2023

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	25154270
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NORA GABRIELA PELAEZ FRANCO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE CABAL	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CL 14 N 15 72	TELÉFONO:	3642687
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4578395915**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES diciembre	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990967731

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 273.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.700	$ 0	$ 0	$ 273.700
SUBTOTALES:													**$ 273.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 273.700**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 11.500	$ 11.500	$ 0	$ 0	$ 11.500
SUBTOTALES:									**$ 11.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.500**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																	SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES							
																										PENSIÓN									SALUD							ARP															
																													FSP		APORTES VOLUNTARIOS																											
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 25154270	PELAEZ FRANCO NORA GABRIELA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	REQ CUMP PENS	$ 2.189.200				NO																			$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	EPS037-NUEVA EPS	30	$ 2.189.200	$ 273.700	$ 0	$ 273.700	14-25-COLMENA	30	$ 2.189.200	25154270	$ 11.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 285.200**

Planilla Pagada