

DATOS GENERALES DEL APORTANTE																			
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante		Sucursal Principal		Direccion		Ciudad-Departamento		Teléfono	Exonerado SENA e ICBF						
CC 49729180		RAMIREZ MENDOZA ELODIA MARIA		INDEPENDIENTE		PRINCIPAL		cil 41 a 66 a 49 apt 302		BOGOTA-BOGOTA D.E.		2215816	No						
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																			
Periodo		Clave		Tipo		Fecha				Pago									
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco		Dias Mora		Valor								
2023-11	2023-11	296195516	9459348522	I	2023/12/20	2023/11/24	BANCOLOMBIA		0		\$364,700								
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO					PENSION			SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$14,700	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$14,700	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					\$0	\$0			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$14,700	
1	CC 49729180	RAMIREZ ELODIA		0	\$0	\$0	EPS005	30	\$2,800,000	\$350,000		0	\$0	\$0		14-23	30	\$2,800,000	\$14,700
Total Afiliados(1)					\$0	\$0			\$2,800,000	\$350,000			\$0	\$0			\$2,800,000	\$14,700	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF	
CC 49729180		RAMIREZ MENDOZA ELODIA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cil 41 a 66 a 49 apt 302	BOGOTA-BOGOTA D.E.	2215816	No	
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2023-11	2023-11	296195516	9459348522	I	2023/12/20	2023/11/24	BANCOLOMBIA	0	\$364,700
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO		CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$14,700	\$0	\$0	\$14,700
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS		14-23	860,011,153	6	1	\$14,700	\$0	\$0	\$14,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)					1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000
SANTITAS		EPS005	800,251,440	6	1	\$350,000	\$0	\$0	\$350,000
TOTAL					1	\$364,700	\$0	\$0	\$364,700

RADICADO 2020_001

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **ELODIA MARIA RAMIREZ MENDOZA** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **49729180** y número de Afiliación **949729180100**, esta Administradora mediante resolución No. **238** de **2021** le concedió pensión de **P DE VEJEZ L 797/03** registrando fecha de ingreso a nómina **Enero** de **2021**.

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 02 de octubre de 2022.



DORIS PATARROYO PATARROYO
Director(a) de Nómina de Pensionados

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

	DECLARACIÓN JURAMENTADA PARA LA DISMINUCIÓN DE LA BASE GRAVABLE	Código del Documento	PGAF-06 Versión 9
		Código del Formato	PGAF-06-04 Versión 1.0

Yo, **ELODIA MARIA RAMIREZ MENDOZA** identificado (a) con CC N° **49729180**

con el fin de dar cumplimiento a lo dispuesto en la Ley 1819 de 2016, de manera libre y espontánea bajo la gravedad de juramento, manifiesto que:

1. Para efectos de la aplicación de Retención en la fuente establecida en los art. 17,16 y 18 de la ley 1819 de 2016, manifiesto que para la prestación del servicio objeto de la cuenta **NO CONTARÉ** con dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad que estoy cobrando.

2. Tengo los siguientes dependientes económicos a mi cargo:

CONCEPTO	DOCUMENTO ANEXO	APLICA
Hijo (s) menores de 18 años.	Registro Civil de nacimiento	NO
Me encuentro financiando la educación de mi (s) hijo (s) entre 18 y 23 años en instituciones debidamente reconocidas por el ICFES o por la autoridad oficial correspondiente o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad correspondiente	Registro Civil y Copia del pago de matrícula cancelado	NO
Hijo(s) mayor (es) de 23 años que se encuentra en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos	Examen médico expedido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses o Certificación de la Empresa Administradora de Salud (Año gravable inmediatamente anterior)	NO
Cónyuge o compañero permanente, padres o hermanos que se encuentren en situación de dependencia bien sea por ausencia de ingresos en el año, menores a 260 UVT	Certificación anual de contador público (Año actual) anexando copia de la Tarjeta Profesional	NO

De igual manera certifico que la deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes cumple con las restricciones establecidas en el parágrafo 4° del artículo 2° del Decreto 99 de 2013, en el entendido que no se solicita por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente.

3. Otros documentos soporte anexos para depuración base de cálculo de Retención en la Fuente.

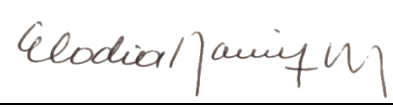
ANEXO	APLICA
Certificación bancaria año gravable inmediatamente anterior , que incluye el valor de los intereses o corrección monetaria por préstamos para adquisición de vivienda	NO
Certificación de pagos efectuados del año inmediatamente anterior , por contratos de prestación de servicios a empresas de medicina prepagada, vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes	NO
Certificación de pagos efectuados durante el año inmediatamente anterior , por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes	NO
Certificación de los pagos efectuados durante el año inmediatamente anterior , por conceptos de Ahorros voluntarios a Pensiones (AFP), Ahorros Voluntarios del Fondo de Construcción (AFC) y Fondo Solidaridad Pensional expedidas por Bancos o Entidades Financieras.	NO

4. La cotización efectuada a Seguridad Social, corresponde a los ingresos, percibidos por la contraloría de Bogotá y pueden ser tomados para disminuir la base para el cálculo de la retención en la fuente:

SI

La presente certificación se expide en Bogotá D.C., el

viernes, 3 de noviembre de 2023

Firma			
Nombre:	ELODIA MARIA RAMIREZ MENDOZA		
Cédula:	49.729.180	Dirección:	CALLE 41 A 66 A 49
Celular:	3.202.718.451	Teléfono:	3202718451

