

Ibagué, 14 de Diciembre de 2020

Señores

ALCALDIA MUNICIPAL DE IBAGUE

Yo, PAOLA ANDREA ZARATE QUINTERO identificado(a) 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 2019.
3. De conformidad a la Ley 1943 de 2018 informo:
No X, tengo trabajadores asociados a la actividad.
Si _____ tengo trabajadores asociados a la actividad 1 _____, 2 o más _____.
4. SI X NO _____ cuento con un certificado por intereses o corrección monetaria cancelados por el año 2019, en virtud de préstamos para adquisición de vivienda. En caso afirmativo certifico que este no está siendo utilizado por otro contribuyente. Anexo certificado tributario del banco.
5. SI X NO _____ cuento con un certificado por los pagos de medicina prepagada durante el año 2019. En caso afirmativo certifico que este no está siendo utilizado por otro contribuyente. Anexo Certificado.
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 ZARATE	1010840894	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.

Nº de pago	Nº y año del contrato	Valor Bruto del Pago en el mes
SEGUNDO PAGO	1404 de 06 de octubre de 2020	\$ 4.250.000
TOTAL		\$ 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. 1404 DEL 06 DE OCTUBRE DE 2020, Con Planilla No. 9413754238 por valor de \$ 1.015.800 correspondientes al mes de NOVIEMBRE de 2020.


FIRMA: PAOLA ANDREA ZARATE QUINTERO
C.C. No. 52.846.283 de Bogotá
Anexo (2) Folios.



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A. Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: PAOLA ANDREA ZARATE QUINTERO

Fecha de solicitud: 2020-03-25

Identificación: C.C 52846283

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

Fecha de expedición: 2020-03-18

INFORMACIÓN CUENTAS DE AHORRO, CORRIENTES Y DEPÓSITOS ELECTRÓNICOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	SALDO A 31.DIC.2019	RENDIMIENTOS FINANCIEROS PAGADOS	RENDIMIENTOS NO GRAVADOS 0.00%*	VALOR RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS RETENIDO**	INTERESES PAGADOS POR SOBREGIRO
CUENTA DAMAS	0550006800790740	\$4.713.29	\$4.68	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
CUENTA CORRIENTE	0560006860014288	\$800.57	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00
TOTALES		\$5.513.86	\$4.68	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00

**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 se debe tomar según su % de participación.

PRODUCTOS HIPOTECARIOS

PRODUCTO	NÚMERO DE PRODUCTO	FECHA DE INICIO DEL CRÉDITO	MONTO INICIAL	SALDO AL 31.DIC 2018	SALDO AL 31.DIC.2019	PAGOS O CANONES DEL PERIODO	VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS	DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO 2019	VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS*
CRÉDITO HIPOTECARIO	5700323000861599	17/03/2006	\$41,700,000.00	\$19,898,112.63	\$15,143,233.37	\$8,780,000.00	\$1,249,452.81	\$1,930,833.79	\$0.00
TOTALES			\$41,700,000.00	\$19,898,112.63	\$15,143,233.37	\$8,780,000.00	\$1,249,452.81	\$1,930,833.79	\$0.00

Las deducciones en préstamos 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. 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 se debe tomar según su % de participación.



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
ZARATE QUINTERO PAOLA ANDREA	CC 52846283	15/07/2019	31/12/2020	TITULAR	1,487,268
AVENDAÑO ZARATE VALERIA	TI 1010840894	15/07/2019	31/12/2020	HIJO(A)	1,098,895

Este certificado se expide por el periodo comprendido entre el 01/01/2019 al 31/12/2019 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 000084 del 28/11/2019 Expedida por la DIAN.

El valor máximo a deducir mensualmente por este concepto será de 16 UVT (\$569,712 año 2020).

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 13 días del mes de Mayo de 2020

FIRMA AUTORIZADA