

SNR	PROCESO: GESTIÓN FINANCIERA PROCEDIMIENTO: PAGOS INSTITUCIONALES FORMATO: CUENTA DE COBRO CONTRATOS PRESTACIÓN DE SERVICIOS	Código: GF-FR-071 Versión: 2 Fecha: 20/Abr/2026
------------	--	---

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CONTRATISTA

CONTRATISTA	TORRES ARGUELLO ELIZABETH	CÓDIGO ACTIVIDAD RUT	8299
CEDULA No.	39561361	DE	Girardot
CELULAR	3208263554		
E-MAIL PERSONAL	torrelizabeth@gmail.com	E-MAIL INSTITUCIONAL	elizabeth.torresa@supernotariado.gov.co
ENTIDAD BANCARIA	BANCO GNB SUDAMERIS S A	No DE CUENTA	90180062940
C.A.	X	C.C.	

DATOS DEL CONTRATO

N°	1308	AÑO	2026	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 27.024.720	HONORARIOS MENSUALES	\$ 3.378.090
CDP N°	38426	FECHA CDP	23/01/2026	CRP N°	157626	FECHA CRP	30/01/2026
LUGAR DE EJECUCIÓN	CIUDAD	Bogotá		DEPARTAMENTO	Cundinamarca		
FECHA DE INICIO DEL CONTRATO	30/01/2026	FECHA FIN DEL CONTRATO	29/09/2026	TIEMPO EJECUCIÓN CONTRATO	7 meses y 30 días		

VALOR A COBRAR

SELECCIONE EL PERIODO DE PAGO

	Día	Mes	Año						
DEL	1	5	2026	TOTAL DÍAS	31	VALOR A COBRAR	\$ 3.378.090	PAGO No.	05
AL	31	5	2026	¿ES FACTURADOR ELECTRÓNICO?	NO	N° DE FACTURA			

ADICIÓN Y/O PRÓRROGA

FECHA DE INICIO ADICION Y/O PRORROGA	Día	Mes	Año	FECHA FIN ADICION Y/O PRORROGA	Día	Mes	Año
CDP N°	CRP N°			VALOR	ADICION Y/O PRORROGA No.		

OBJETO DEL CONTRATO

El CONTRATISTA deberá prestar por sus propios medios y con plena autonomía técnica y administrativa; dentro del plazo acordado; los servicios y/o actividades enunciadas a lo largo del presente contrato. Como contraprestación recibirá por parte del CONTRATANTE unas sumas de dinero; a título de honorarios.
PERFIL: Técnico Administrativo B
DEPENDENCIA: Superintendencia Delegada para la Protección; Restitución y Formalización de Tierras - Grupo interno de trabajo de Gestión Registral para el Saneami

NOMBRE SUPERVISOR DEL CONTRATO	LINA MARCELA BEDOYA RODRIGUEZ
CARGO DEL SUPERVISOR	Profesional Especializado Grado 19

RELACIÓN DE PAGOS

VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$ 27.024.720	ACUMULADO	\$ 13.624.963	SALDO POR PAGAR	\$ 13.399.757
PAGO 01		\$ 112.603	PAGO 11		\$ -
PAGO 02		\$ 3.378.090	PAGO 12		\$ -
PAGO 03		\$ 3.378.090	PAGO 13		\$ -
PAGO 04		\$ 3.378.090	PAGO 14		\$ -
PAGO 05		\$ 3.378.090	PAGO 15		\$ -
PAGO 06		\$ -	PAGO 16		\$ -
PAGO 07		\$ -	PAGO 17		\$ -
PAGO 08		\$ -	PAGO 18		\$ -
PAGO 09		\$ -	PAGO 19		\$ -
PAGO 10		\$ -	PAGO 20		\$ -

RELACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL CONTRATISTA

Aporte: 12,5%		Aporte: 16%		Aporte: 0,522%	
EPS	\$ 218.864	FONDO DE PENSIÓN	\$ 0	ARL	\$ 9.140
TOTAL PAGO PLANILLA	\$ 228.004	PLANILLA DE PAGO No.	83445310		
FECHA DE PAGO PLANILLA	25/05/2026	PERIODO DE PLANILLA	05/2026	¿PENSIONADO?	NO

RETENCION EN LA FUENTE

De acuerdo con la Ley 2277 de 2022, Reforma tributaria para la igualdad y justicia social, Decreto 2231 de 2023, Decreto 1625 de 2016, parágrafo 2 del artículo 383 del estatuto tributario, la retención en la fuente establecida en el presente artículo será aplicable a los pagos o abonos en cuenta por concepto de rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, me permito certificar bajo la gravedad de juramento que:

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI	NO
1. OBLIGADO A DECLARAR IMPUESTO DE RENTA. Durante el año inmediatamente anterior mis ingresos totales (por todos los conceptos tanto laborales como no laborales) fueron iguales o superiores a 1400 UVT.		NO
2. Dependiente Económico: parágrafo 2 del art 387 del Estatuto Tributario, adjuntando Certificado expedido por Contador Público, con soportes Decreto 099 de 2013 Art. 2 Numeral 3, cuando es el caso de hijos menores de 18 años, se debe adjuntar registro civil.		NO
3. Realizó aportes voluntarios al Fondo de Pensiones y Cesantías.		NO
4. Crédito de Vivienda: Realizó pagos de crédito de vivienda. Adjuntar extracto bancario del crédito de vivienda (en donde se observen los intereses corrientes) del mes que esta cobrando o mes vencido.		NO
5. Medicina prepagada: Realizó pagos de medicina prepagada. Adjuntar recibo de pago mensual o por la vigencia que corresponda.		NO
6. Dando aplicación al art. 9 del Decreto 2231 de 2023, es necesario indicar si va a tomar costos y deducciones asociadas a las rentas de trabajo relacionadas a la presente cuenta de cobro si: a. Marca (SI), se aplicara la tarifa de retención en la fuente del artículo 392 del E.T (entre el 10% y 11%). b. Marca (NO), se aplicará la tarifa de retención en la fuente del artículo 383 del E.T. de acuerdo con depuración de renta y UVT		NO
7. Ha suscrito contratos durante el presente año por un valor igual o superior a 4000 UVT.		NO
8. Ha sido notificado de una orden de embargo que deba ser practicada por parte de la SNR con relación a los honorarios cobrados en la presente cuenta. Adjuntar oficio o soporte.		NO

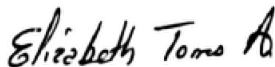
Nota: Se debe remitir anexos de deducibles únicamente para contratos que superen los \$6.000.000 mensuales

PARA CONSTANCIA SE FIRMA EN:

Bogotá

FECHA

28 de mayo 2026



TORRES ARGUELLO ELIZABETH

Firma contratista

Cédula de ciudadanía N° 39561361 de Girardot

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	39561361	ELIZABETH TORRES ARGUELLO		Calle 151 B Bis No. 117-03 Aptoi. 201	6891640	torrelizabeta@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		83445310	25/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	\$0	\$228.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	228.100	228.100



RECLAMACION DE PRESTACIONES ECONOMICAS

TAPA-BEN 0

Fecha de Ejecución: 26-SEP-24 08:17 AM

Nombre: ELIZABETH TORRES ARGUELLO Tipo de Solicitud: SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL

Identificación: 39561361 Pendientes: 1 Entregados: 3

Expediente: DV 685824 Sustitución pensional: No

ESPACIO PARA STICKER OCV RADICADO

Radicado - Porvenir S.A.



0190121040616700

Centro de Físico

Estado Documentos Entregados

Parentesco: 1 TITULAR 39561361 ELIZABETH TORRES ARGUELLO

Consecutivo	Codigo Digitalizacion	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda
1	DDI	Documento de Identidad (ampliado al 150%)	V
2	SPE	formulario solicitud	V
3	HLO	Historia laboral oficial normalizada y firmada (emisión bono, no bono o incluir correcciones)	V

Estado Documentos Faltantes

Parentesco: 1 TITULAR 39561361 ELIZABETH TORRES ARGUELLO

Consecutivo	Codigo Digitalizacion	Nombre Documento	Radicado Del Cual Se Hereda
		certificacion de residencia	

⚠ Nota de términos

RECIBIDO NO IMPLICA ACEPTACION. LA LISTA DE DOCUMENTOS ENTREGADA ESTA SUJETA A VERIFICACION Y CONTROL, POR TAL MOTIVO PUEDE SER SUSCEPTIBLE DE MODIFICACIONES, LAS CUALES SE INFORMARAN OPORTUNAMENTE AL PETICIONARIO.

TENGA EN CUENTA QUE EL TRÁMITE DE SU SOLICITUD NO TIENE NINGÚN COSTO. POR FAVOR ABSTENGASE DE ENTREGAR DINEROS A PERSONAS QUE SE LO SOLICITEN. DENUNCIE CUALQUIER ANOMALÍA A NUESTRA AUDITORIA INTERNA FAX 3390101 O AL A.A. 241800 DE BOGOTÁ.

Acepto

CC



porvenir
sólo hay uno

Formulario Solicitud por devolución de saldos vejez normal

Fecha de Diligenciamiento: 2024-09-26

Información del afiliado

Nombres y apellidos: ELIZABETH TORRES ARGUELLO
 Tipo de identificación: CC N° de identificación: 39561361
 Ciudad de nacimiento: Departamento: Fecha de nacimiento: 10-09-1967
 Dirección de correspondencia: CL 81 115 25 IN 5 AP 202
 Ciudad de correspondencia: BOGOTA D.C. Departamento de correspondencia: BOGOTA
 Correo electrónico: TORRELIZABETH@GMAIL.COM Teléfono fijo: 4358604 – Teléfono celular: 3208263554
 Otro contacto: ELIZABETH TORRES Teléfono del contacto: 3208263554

¿Autoriza el envío de correspondencia por correo electrónico?

SI

¿Autoriza el envío de correspondencia por mensaje de texto?

SI

¿Quién hace la solicitud?

AFILIADO

BEPS / Pensión familiar

"Declaro que he recibido previamente en mi cita de asesoría pensional y he comprendido la información sobre el programa de ahorro voluntario BEPS (Beneficios económicos periódicos) creado por el Gobierno Nacional y Pensión Familiar"

SI

¿Está interesado en acogerse al programa BEPS ó Pensión Familiar?

No estoy interesado

Historia Laboral

¿El afiliado es pensionado de otra entidad? No Actualmente tiene la posibilidad de seguir cotizando a pensiones obligatorias? No

Total semanas Regimen de Prima Media Total Semanas Régimen de Ahorro Individual Con Solidaridad

Total de semanas cotizadas Esta de acuerdo con los 12.83 años que equivalen al total de las 669.2 semanas que ha cotizado. SI

¿Ha efectuado cotizaciones para pensión en otros países aparte de Colombia? No

Declaro que he recibido previamente mi cita de asesoría pensional y he comprendido que tengo la posibilidad de seguir cotizando para alcanzar el beneficio de la garantía de pensión mínima, alcanzando como mínimo 1150 semanas. SI

Información tipo de pago deseado

¿Como desea que se pague? Abono en cuenta

Nombre del banco: BANCO GNB COLOMBIA S.A.

Tipo de cuenta: AHORROS

Número de cuenta: 90180062940

Declaracion de veracidad de la información

Declaro bajo la gravedad de juramento que la información consignada en la presente solicitud es cierta y faculta a la Sociedad Administradora de Fondo de Pensiones y Cesantías Porvenir S.A., para validarla y verificarla, acudiendo a cualquier fuente de información y/o investigación, siendo consciente de las consecuencias penales que pueden derivarse de información que falte a la verdad.

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LAS PRESTACIONES DEL REGIMEN DE AHORRO INDIVIDUAL CON SOLIDARIDAD Y

Al momento de radicar la presente solicitud, declaro que he sido asesorado, sobre el régimen de ahorro individual con solidaridad, en relación a que el reconocimiento de la pensión de vejez se efectúa en razón al capital acumulado en la cuenta de ahorro individual, conforme al cálculo actuarial en el cual se incluyen los factores como conformación de núcleo familiar (beneficiarios), los cuales relaciono en la presente solicitud manifestando que a la fecha de presentación no existen más por relacionar, capital, incluyendo el bono pensional si a él hubiese lugar, y expectativa de vida, que en el caso que el capital acumulado no alcance para financiar la pensión y tenga por lo menos 1150 semanas cotizadas tengo derecho a una garantía de pensión mínima de vejez, que en el evento en que no cumpla con capital, y no cumpla con la cotización de las 1150 semanas cotizadas al sistema general de pensiones tengo el derecho a seguir cotizando para alcanzar la garantía de pensión mínima, que fui asesorado en relación a la oportunidad de acceder a la pensión familiar, que fui asesorado en relación a la aplicación de los convenios internacionales, y que en el evento de no acceder a ninguno de los beneficios, tengo derecho a la Devolución de saldos, que de la misma forma fui asesorado en relación a los beneficios económicos periódicos.

Que por lo anterior es mi determinación basada en la asesoría escoger a PORVENIR, como la administradora de pensiones para que defina mi solicitud pensional.

Firma del solicitante:

Elizabeth Torres Arguello

ELIZABETH TORRES ARGUELLO

CC

39561361



Trámite de Emisión y/o Expedición de Bono Pensional

Ciudad de Diligenciamiento

Fecha

1. Tipo de Reclamación:

VEJEZ

VEJEZ ANTICIPADA

DEVOLUCIÓN DE SALDOS

MUERTE

INVALIDEZ

2. Tipo de Solicitante:

AFILIADO

BENEFICIARIO

APODERADO DEL AFILIADO

APODERADO DE BENEFICIARIO

3. Datos Afiliado(a):

Nombre: Elizabeth Torres Arguello

CC CE C.D. PAS 39561361 DE Guarandot

4. Datos Beneficiario y/o Apoderado:

Nombre del Beneficiario: _____

CC CE C.D. PAS _____ DE _____

Nombre del Apoderado: _____

CC CE C.D. PAS _____ DE _____

5. Art 52:

Bajo la gravedad de juramento declaro: Que toda la Información que aquí se relaciona como mi historia laboral es veraz y ninguna parte de esta se ha utilizado para una pensión otorgada, indemnización concedida o en trámite para otro bono pensional ya emitido o en proceso de emisión. Que no estoy simultáneamente afiliado(a) al Régimen de Prima Media y que estoy de acuerdo con la presente información detallada en la liquidación del bono pensional.

Que autorizo la emisión y/o expedición de mi Bono Pensional; De la misma forma Una vez emitido el bono pensional sin que este haya sido negociado cuando la prestación hubiese sido definida de llegar a presentar cambios en la forma del cálculo o en la información, autorizo a PORVENIR S.A., a solicitar la respectiva reliquidación del bono pensional al emisor y/o contribuyentes conforme al inciso 5 del artículo 17 de la Ley 549 de 1999.

Valor bono: _____ a fecha de corte la cual es el _____ Art 52 D 1748/95.

6. Si su solicitud es por devolución de saldos, diligencie la siguiente declaración Juramentada de Imposibilidad de seguir cotizando (DJUI):

Si Declaro No Declaro bajo la gravedad de juramento que actualmente me encuentro imposibilitado(a) para seguir cotizando a pensiones obligatorias.

Elizabeth Torres A.

FIRMA DEL SOLICITANTE



MINISTERIO DE HACIENDA Y CREDITO PUBLICO - OFICINA DE BONOS PENSIONALES LIQUIDACION

DATOS AFILIADO

Documento	C 39561361	Género	FEMENINO	Fecha Nacimiento (DD/MM/AAAA)	10/09/1967
AFP Solicitante	PORVENIR	Tipo Bono-Modalidad/Versión	A 2 / 1	AFP Afiliado	PORVENIR (3)
Fecha Afiliación RAI (DD/MM/AAAA)	03/09/2007	Fecha Selección Régimen (DD/MM/AAAA)	01/11/2007		

ORIGEN DE NOMBRES	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Solicitud	TORRES	ARGUELLO	ELIZABETH	
ISS/COLPENSIONES	TORRES	ARGUELLO	ELIZABETH	
Documento Alterno No.				

DATOS SOLICITUD

Fecha Última Solicitud (DD/MM/AAAA)	25/09/2024	Consecutivo	18	Número Liquidación	13	Fecha Proceso (DD/MM/AAAA)	25/09/2024	Tipo Solicitud	Liquidación
Medio Recepción	Sistema Línea			Solicitado por:	JENNIFFER MUÑOZ PINTO				
Cargo	EJECUTIVO PENSIONAL, DIRECCIÓN CANALES PRESENCIALE		Teléfono	3393000	Archivo		Registro		
Motivo reproceso	VALOR								
Archivo Respuesta	RAOP0320240925.000000			Fecha Respuesta (DD/MM/AAAA)	25/09/2024				

HISTORIA LABORAL

HISTORIA VALIDA PARA BONO

HISTORIA LABORAL MASIVO ISS/COLPENSIONES 1967 - 1994

NIT/PATRONAL	PATRONAL: 1008214563 (11 - FACTURACION CAN)					NOMBRE EMPLEADOR	SERV TEMPORALES BOGOTA LTDA
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones	
LABORAL	20/10/1987	03/11/1987	S	S	\$ 25,530		
LABORAL	02/02/1988	15/03/1988	S	S	\$ 25,530		
NIT/PATRONAL	PATRONAL: 1008226715 (11 - FACTURACION CAN)					NOMBRE EMPLEADOR	EXTRAS CALI
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones	
LABORAL	19/06/1989	31/07/1989	S	S	\$ 54,630		
LABORAL	01/06/1990	31/07/1990	S	S	\$ 54,630		
LABORAL	01/08/1990	31/12/1990	S	S	\$ 99,630		
LABORAL	01/01/1991	30/06/1991	S	S	\$ 150,270		
NIT/PATRONAL	PATRONAL: 1008210565 (11 - FACTURACION CAN)					NOMBRE EMPLEADOR	EXTRAS LTDA.
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones	
LABORAL	11/07/1989	31/07/1989	S	S	\$ 54,630		
LABORAL	18/08/1989	31/08/1989	S	S	\$ 61,950		
NIT/PATRONAL	PATRONAL: 1008210923 (11 - FACTURACION CAN)					NOMBRE EMPLEADOR	FUNDACION PARA ED SUP
Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones	
LABORAL	19/07/1991	31/12/1991	S	S	\$ 150,270		
LABORAL	08/01/1992	01/01/1993	S	S	\$ 234,720		
LABORAL	01/02/1993	31/01/1994	S	S	\$ 298,110		
LABORAL	01/02/1994	31/03/1994	S	S	\$ 354,850		
LABORAL	01/04/1994	30/06/1994	S	S	\$ 295,000		
LABORAL	01/07/1994	31/07/1994	S	S	\$ 737,500		
LABORAL	01/08/1994	31/12/1994	S	S	\$ 295,000		

Elizabeth Torres B
cc. 39561361



ATRONAL	NIT: 890303666	NOMBRE EMPLEADOR	FUNDACION FES
----------------	----------------	-------------------------	---------------

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	20/02/1995	28/02/1995	S	S	\$ 29,000	
LABORAL	01/03/1995	31/05/1995	S	S	\$ 363,000	
LABORAL	01/06/1995	30/06/1995	S	S	\$ 907,000	
LABORAL	01/07/1995	30/11/1995	S	S	\$ 363,000	
LABORAL	01/12/1995	31/12/1995	S	S	\$ 907,000	
LABORAL	01/01/1996	31/01/1996	S	S	\$ 502,000	
LABORAL	01/02/1996	29/02/1996	S	S	\$ 374,000	
LABORAL	01/03/1996	31/03/1996	S	S	\$ 565,000	
LABORAL	01/04/1996	31/05/1996	S	S	\$ 463,000	
LABORAL	01/06/1996	30/06/1996	S	S	\$ 1,157,000	
LABORAL	01/07/1996	30/11/1996	S	S	\$ 463,000	
LABORAL	01/12/1996	31/12/1996	S	S	\$ 1,626,000	

Elizabeth Torres B
CC 39561361



NIT/PATRONAL	NIT: 39561361	NOMBRE EMPLEADOR	SIN RAZON SOCIAL
---------------------	---------------	-------------------------	------------------

Novedad	Fecha Desde	Fecha Hasta	SS	IVM	Salario	Errores/Observaciones
LABORAL	01/09/2007	31/10/2007	S	S	\$ 840,000	

CONVENCIONES DE ERRORES/OBSERVACIONES

ERROR/OBSERVACION	DESCRIPCION
-------------------	-------------

INFORMACION PRESTACIONES ISS/COLPENSIONES

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACION	FECHA PRESTACION (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION	TIPO SEGURO	NUMERO AFILIACION ISS	EXCLUIDO ISS/COLPENSIONES	FECHA INGRESO NOMINA ISS/COLPENSIONES
-----------	-----------------	--------------------	-----------------	-------------------------------	--------------------	-------------	-----------------------	---------------------------	---------------------------------------

INDICIOS PRESTACIONES. LA INFORMACION REGISTRADA COMO INDICIO NO ESTA CERTIFICADA POR LA ENTIDAD PENSIONANTE. ESTA INFORMACION DEBE SER CONFIRMADA Y VERIFICADA POR LAS ADMINISTRADORAS DE PENSIONES QUE CONSULTAN LA APLICACION DE BONOS PENSIONALES DEL MINISTERIO DE HACIENDA, DIRECTAMENTE CON LA ENTIDAD PENSIONANTE O LA FUENTE DE INFORMACION.

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACION	FECHA PRESTACION (DD/MM/AAAA)	ORIGEN INFORMACION
-----------	-----------------	--------------------	-----------------	-------------------------------	--------------------

INFORMACION DE PRESTACION CERTIFICADA POR LA AFP

DOCUMENTO	NIT PENSIONANTE	NOMBRE PENSIONANTE	TIPO PRESTACION	FECHA PRESTACION (DD/MM/AAAA)	CERTIF
-----------	-----------------	--------------------	-----------------	-------------------------------	--------

LIQUIDACION BONO

Tipo Bono	A	Modalidad	2	Versión	1
Fecha Base (DD/MM/AAAA)	30/06/1992	Tiempo Válido Para Bono (sin traslajos)	2,507(dias) , 358(semanas)	Tiempo Total Trabajado	2,507
Salario Base	\$234,720	Empleadores Salario Base	FUNDACION PARA ED SUP		
Fecha Corte (DD/MM/AAAA)	01/11/2007	Fecha Redención Normal (DD/MM/AAAA)	10/09/2027	Tasa Interes (%)	3.0
Fecha Siniestro(DD/MM/AAAA)		Causal Redención			
Valor Bruto A F.C.	\$39,562,047	Valor Emi, Reco o Red en Versión Ant. a F.C.		Valor Neto Versión A F.C.	\$39,562,047
Valor Cupones Emitidos por la Nación a F.E.	\$0				

CUOTAS PARTES

TIPO	NIT / NOMBRE	ESTADO CUPON	DIAS A CARGO	VALOR BRUTO CUPON	VALOR CUPON VERSION ANTERIOR	VALOR FECHA CORTE	PORCENTAJE	VALOR EMISION	VALOR REDENCION	VALOR NETO PAGADO	REINTEGR. A F. PAGO
<u>Emisor</u>	1 NACION	LIQUIDACION PROVISIONAL	1,490			\$27,825,409	70	0	0	0	0
<u>Contribuyente</u>	900336004 ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES	LIQUIDACION PROVISIONAL	1,017			\$11,736,638	30	0	0	0	0
TOTALES						\$39,562,047		0	0	0	0