CABILDO MAYOR DEL RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Nit 901.788.315-5
CORR EL RAYO ZN RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Tel: (604) 3106558242
San Pedro De Uraba - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DS 545

Proveedor	CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ PIMENTEL		
Nit	39.308.896-8	**Teléfono**	(604) 3234546474 - Ext. 000
Dirección	SAN PEDRO DE URABA	**Ciudad**	San Pedro De Uraba - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2025-05-21	2025-05-31

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestador de Servicio	1.00	2,704,263.00	2,704,263.00

Valor en Letras:
Dos millones setecientos cuatro mil doscientos sesenta y tres pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito proveedores - Cuota No. 001 vence el 2025-05-31 por $ 2,704,263.00

Total Bruto	2,704,263.00
Total a Pagar	2,704,263.00

Observaciones:
PS MAYO 607 EIC B

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764090220210 aprobado en 20250310 prefijo DS desde el número 101 al 10000 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: 9f99e6dc2fb83b0994a571f59f6fd9a5439abc074b108c55692cd49bb766ad095cdca94c6303c8abac44d5214f6bc0fe

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Cuenta de Cobro N3

RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Nit: 901788315-5

Debe a:

Nombre: Claudia Patricia Ramirez Pimentel
Fecha: 30/05/2025
Identificación: 39308896
Dirección: San Pedro de Urabá

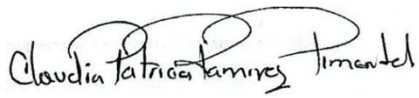
Número de cuenta: 95978044493
Tipo de cuenta: Ahorros
Banco: Bancolombia

Por concepto de: Prestación servicios en el cargo de Agente Educativo
Valor: $ 2,704.263

Certificado para retenciones 2025

Yo, Claudia Patricia Ramirez Pimentel, certifico que:
Manifiesto bajo gravedad de Juramento, conforme a los Art 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023, que no me tomaré costos y deducciones de dicha renta; por lo tanto, aplicar Tabla del ART 383 ET parágrafo 2; es decir aplicar tabla de retención para asalariados. Pagos superiores a 95UVT

Declaro bajo la gravedad de juramentos que la información consignada en este documento es cierta y puede ser verificada en cualquier momento por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN o cualquier ente fiscalizador que así lo requiera. De igual manera, que los documentos aportados del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Firma 

Nombre Claudia Patricia Ramirez Pimentel
Identificación: 39308896


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 39.308.896
RAMIREZ PIMENTEL

APELLIDOS
CLAUDIA PATRICIA

NOMBRES

Claudia Ramirez

FIRMA



Bancolombia

www.bancolombia.com.co

Miércoles, 05 de febrero de 2025

BANCOLOMBIA S.A. informa que, a la fecha de emisión de este certificado, **CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ PIMENTEL**, identificado con CC. **39.308.896**, cuenta con los siguientes productos financieros en el Banco:

Nombre Producto	N.º Producto	Fecha Apertura	Estado
CUENTA DE AHORROS	95978044493	2025/02/05	ACTIVA

***Importante**: esta certificación solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la información de esta constancia, puede comunicarse a la línea de atención al cliente en: Bogotá: (601) 343 00 00, Medellín (604) 510 90 00, Cali (602) 554 05 05, Barranquilla (605) 361 88 88, Cartagena (605) 693 44 00, Bucaramanga (607 697 25 25, Pereira (606) 340 12 13, a nivel nacional: 018000912345; desde España: 900 995 717 y Estados Unidos: 1866 379 9714. Defensor del Consumidor Financiero: María Adelayda Calle Correa, de lunes a viernes entre 8:00 a.m. a 12 p.m. y 2:00 p.m. a 5:00 p.m. línea gratuita 01 8000 52 2622, teléfonos (604) 3561225, correo electrónico defensor@bancolombia.com.co, o en la: Carrera 48 #18 A 14, Edificio FIC48, Piso 11, Medellín

Bancolombia

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 141139718342

(415)7707212489984(8020) 000014113971834 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
3 9 3 0 8 8 9 6	8	Impuestos de Medellín	7 1	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 3 0 8 8 9 6	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia 0 5	Turbo 8 3 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RAMIREZ	PIMENTEL	CLAUDIA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia 0 5	San Pedro de Uraba 6 6 5

41. Dirección principal
CL 61 53 13 BRR ZOILA LOPEZ

42. Correo electrónico claudiarapi2016@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono	45. Teléfono 2
	3 2 3 4 5 4 6 4 7 4	3 1 5 6 3 2 0 4 9 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 3	2 0 2 4 0 2 0 1	8 2 9 9	2 0 2 4 0 2 0 1				2 3 1 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
54. Código																			

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 5

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RODRIGUEZ HERNANDEZ ANDRES DARIO

985. Cargo Analista IV

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 14-02-2025 10:24:05PM

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) CLAUDIA PATRICIA RAMIREZ PIMENTEL identificado(a) con CC 39308896 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	**11/03/2025**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**E.S.E. HOSPITAL OSCAR EMIRO VERGARA CRUZ**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 12 días del mes de marzo del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DE IDONEIDAD, VERACIDAD Y LEGALIDAD DE LA INFORMACIÓN, ASÍ COMO DECLARACIONES ESPECIALES.

Yo Claudia Patricia Ramirez Pimentel Identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 39308896 domiciliado en Turbo Antioquia, declaro bajo la gravedad de juramento y acepto que:

1. Bajo la gravedad de juramento manifiesto que me encuentro en óptimo estado de salud para realizar las actividades encomendadas y que no estoy ocultando ninguna enfermedad o dolencia AL CONTRATANTE al momento de firmar el contrato de prestación de servicios y me comprometo a avisar inmediatamente o a más tardar al día siguiente de ocurrido cualquier hecho que menoscabe mi salud, por algún medio AL CONTRATANTE y a reportar cualquier accidente que sufra en función a la PRESTACIÓN DEL SERVICIO para la cual fue contratado.

2. Mediante la presente me comprometo a presentar certificación médica que constata lo anteriormente manifestado a más tardar 15 días de la firma del contrato.

3. En caso de que EL CONTRATISTA tenga alguna anomalía en su salud a la fecha de terminación de este contrato, lo deberá informar por escrito AL CONTRATANTE de no hacerlo se entenderá por parte de EL CONTRATISTA que se encuentra en perfecto estado de salud y sin enfermedades o dolencias.

4. EL CONTRATISTA declara que posee todas las certificaciones de ley para desempeñar el oficio o cargo aquí especificado y que será el único responsable por la falta o incumplimiento de este requisito y se compromete a presentar las certificaciones cuando lo exija EL CONTRATISTA.

5. Así mismo, por medio de este documento, AUTORIZO a la CONTRATANTE para recabar de otras Administraciones Públicas o privadas los datos, certificados e informes necesarios para comprobar la certeza de los datos que figuran en los documentos requeridos para la elección del jefe de control interno, así como sobre la autenticidad de los documentos cuyas copias se aportan, y cualquier otra información que se precise en la tramitación del expediente que se insta.

6. De igual manera bajo la gravedad de juramento EL CONTRATISTA manifiesta que no se encuentro incurso en algún proceso ni esta investigado ni juzgado por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años según la ley 1918 del 2018.

DECLARACIONES ESPECIALES

0. De común acuerdo las partes pactan:

Que, con el ánimo de facilitar el cumplimiento de las obligaciones que tiene el contratante con las entidades a las cuales presta sus servicios, relacionados con la verificación de pago de aportes de seguridad social que realiza el personal contratista, éste autoriza al CONTRATANTE para que realice el trámite del pago de la seguridad social y parafiscales y estos sean deducidos de sus honorarios, sin que esto pueda constituirse en una relación laboral.

0. El contratista autoriza al contratante para realizar el pago de su seguridad social y parafiscales y estos sean deducidos de sus honorarios sin que esto pueda constituirse en una relación laboral.

- Señale con una X EL APORTE VOLUNTARIO ADICIONAL QUE DESEA REALIZAR.
- Aportes voluntarios - CAJA DE COMPENSACION 2% X
  -SENA 2%
  - ICBF 3%

FIRMA DEL CONTRATISTA: 

NOMBRE DEL CONTRATISTA: Claudia Patricia Ramirez Pimentel

CEDULA: 39308896

NOTA INFORMATIVA: El incumplimiento de alguna de las manifestaciones antes expuestas ocasionará la terminación del contrato de prestación de servicios celebrado.