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

Ciudad Pereira Fecha 8 de octubre de 2021

Yo, Isabel Amparo Flórez Gil, C.C. No. 42.051.408 de Pereira, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. CD 580 año 2021 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 septiembre del año 2021 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

| | |
|---|---|
| **Planilla de Pago No.** | 4414976728 |
| **Valor Pagado Salud** | + 153.400 |
| **Valor Pagado Pensión** | |
| **Valor Pagado A.R.L.** | + 12.900 |
| **= Total Pago de Seguridad Social mensual** | = 166.300 |
| **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 |
|---|---|---|---|---|---|
| CD 580 2021 | $ 20.000.000 | $ 4.000.000 | 08/09/2021 | 31/12/2021 | |
| | | | | | |

En constancia de lo anterior, se firma a los 8 días del mes de octubre de 2021

Nombre: ISABEL AMPARO FLOREZ GIL
No. C. C. 42.051.408

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9117930856 DV: 056603

Cajero: MERPISEQ

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 08/10/2021 10:15:16

PS Recaudador:
903932 CENTRO COMERCIAL LAGO PLAZA PEREIRA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 42051408

| | |
|---|---|
| Nombre: | ISABEL |
| Apellido 1: | FLOREZ |
| Apellido 2: | NADA |
| TIPO DOCUMENTO: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| TELEFONO: | 1111111 |
| Codigo Planilla: | 4414926728 |
| Periodo Pago: | 2021/09 |
| Valor Comision: | 0 |
| Valor Iva Comision: | 0 |

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 42051408 | $166.300,00 |

Valor recibido: $166.300,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 651 0101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Escaneado con CamScanner

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancocolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 42051408 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ISABEL AMPARO FLOREZ GIL FLOREZ GIL |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | PEREIRA | DEPARTAMENTO: | RISARALDA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 36 # 13-225 CASA 13 | TELÉFONO: | 3163955 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4414976728 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2021 | SALUD: | | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/10/06 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9997042058 | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 901097473 | EPS044 | EPS044-MEDIMÁS | 1 | $ 153.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 153.400** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800226175 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | $ 12.900 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 12.900** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 166.300** |

Planilla Pagada

SOI

CP-385114



**seguros de vida alfa s.a.**

**SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.**
**NIT 860503617-3**

CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **FLOREZ GIL ISABEL AMPARO** identificado(a) con **CÉDULA** No **42051408** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **VEJEZ**, expedida en el mes de **Agosto** de **2020** .

Actualmente, **FLOREZ GIL ISABEL AMPARO** tiene derecho a recibir **MILLON CUATROCIENTOS VEINTINUEVE MIL NOVECIENTOS TREINTA Y OCHO PESOS($1,429,938.00 MCTE.)**, equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **13** mesadas durante el año, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Para atender requerimientos e inquietudes tenemos habilitados los siguientes canales de comunicación: Línea Alfa en Bogotá al 3077032 o en el resto del país la línea nacional 01 8000 12 25 32, correo electrónico servicio al cliente: servicioalcliente@segurosalfa.com.co, la página web www.segurosalfa.com.co opción Contáctenos y la Oficina de Atención al Cliente en Bogotá o en las sucursales de Cali, Cartagena, Medellín.

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 6 días del mes de Octubre del año 2021

**Dirección de Rentas Vitalicias.**

***Renta:110197***

******* INFORMACIÓN CONFIDENCIAL *******
******* FIN DEL DOCUMENTO *******