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

Ciudad PEREIRA DICIEMBRE 7 de 2022

Yo, ARBEY PASCUAL BETANCOURT CARDONA, C.C. No. 18.593.451 de Santa Rosa De Cabal, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. 2658 año 2022 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 DICIEMBRE del año 2022 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	6603194035
Valor Pagado Salud	$ 230. 900.oo
Valor Pagado Pensión	$ 295.500.oo
Valor Pagado A.R.L.	$ 9.700.oo
= Total Pago de Seguridad Social mensual	$ 536.100.oo
Es Pensionado	**Si** ☐ **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** ☒ .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 2021**. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 2021**. (Art. 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .

Declarante de Renta: **Si** ☒ **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
2658 de 2022	$ 32.315.871	$4.616.553	01-12-2022	30-06-2023	

En constancia de lo anterior, se firma a los 07 días del mes de diciembre de 2022

ARBEY PASCUAL BETANCOURT CARDONA.
C.C. 18.593.451
Contratista

Powered by CamScanner

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.151.293-1
Calle 96 No. 12 55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9308223455 DV: 284564

Cajero: LIFAHECA

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 05/12/2022 14:09:30

PS Recaudador:
902230 PARQUE PRINCIPAL SANTA ROSA

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 18593451

Nombre: ARBEY PASCUAL
Apellido 1: BETANCURT
Apellido 2: NADA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3333333333
Codigo Planilla: 660319405
Periodo Pago: 2022/12
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

Referencia	Valor
18593451	$536.100,00

Valor recibido: $536.100,00
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) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
RECIBO PARA PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	18593451
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ARBEY PASCUAL BETANCURT
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA ROSA DE CABAL	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CARRERA 16 11 07	TELÉFONO:	3646868
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6603194035**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2022	SALUD:	AÑO:	2022

INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

FECHA LIMITE DE PAGO	DIAS DE MORA	VALOR DE LA MORA	VALOR POR PAGAR
2023/01/09	0	$ 0	$ 536.100
2023/01/10	1	$ 800	$ 536.900
2023/01/11	2	$ 1.300	$ 537.400
2023/01/12	3	$ 1.900	$ 538.000
2023/01/13	4	$ 2.400	$ 538.500
2023/01/14	5	$ 3.000	$ 539.100

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 295.500
SUBTOTAL:			1	**$ 295.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900156264	EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1	$ 230.900
SUBTOTAL:			1	**$ 230.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 9.700
SUBTOTAL:			1	**$ 9.700**

TOTAL POR PAGAR:	**$ 536.100**

Powered by CamScanner