PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Banco Caja Social

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	51818697
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			BEATRIZ AMELIA LOPEZ PARAMO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CRA 57C # 67C 49	TELÉFONO:	2405813
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de consultaría de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7865333600**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	enero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/01/27	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1884821500

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800224808	230301	230301-PORVENIR	1	$ 295.500
SUBTOTAL:			1	**$ 295.500**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860066942	EPS008	EPS008-COMPENSAR	1	$ 230.900
SUBTOTAL:			1	**$ 230.900**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 9.700
SUBTOTAL:			1	**$ 9.700**

TOTAL PAGADO:	**$ 536.100**

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 Bogotá, enero 28 de 2023

Yo, Beatriz Amelia López Paramo C.C. No. 51.818.697 de Bogotá, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No.838 del año 2019 de la Regional Bogotá, 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 **enero** del año 2023 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	**7865333600**
Valor Pagado Salud	+ $230.900
Valor Pagado Pensión	+ $295.500
Valor Pagado A.R.L.	+ $ 9.700
= Total Pago de Seguridad Social mensual	= $536.100
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 201___**. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 201___**. (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
2016-2022	$32.315.871	$4.616.553	02/12/2022	30/06/2023	

En constancia de lo anterior, se firma a los veintiocho (28) días del mes de enero de 2023

Nombre:

Beatriz Amelia López Paramo
No. C. C. 51.818.697

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA
COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

la la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA CO**
ficó que **BEATRIZ AMELIA LOPEZ PARAMO** con **CC No. 51818697**, registra la sigu

DATOS DE UBICACIÓN DEL AFILIADO

n : CALLE 55 10 32
: 3106085169

DATOS DE LA RELACIÓN LABORAL

or: **NI800186061 DEFENSORIA DEL PUEBLO**
n del Empleador: CL 55 10 32 KR 9 16 21
del Empleador: 3144000
ulación: INDEPENDIENTE
Riesgo: 1
BOGADOS
4.616.553
ma cobertura: 30/11/2022
retiro: 30/06/2023
afiliación: AFILIADO

icación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de

nte,

DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
OMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.