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

Barranquilla, 01 de marzo de 2023

Yo, OFELIA HERNANDEZ YEPES , C.C. No. 36.554.004 de Santa Marta, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. CD-DP-3745-2022 de la Regional Atlántico, 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 febrero del año 2023 y pertenecen al contrato materia de pago. **SIN INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.7867329570	
Valor Pagado Salud	$252.200
Valor Pagado Pensión	
Valor Pagado A.R.L. SURA	$ 10.600
= Total Pago de Seguridad Social mensual	$262.800
Es Pensionado	**Si** ☐ **No** X

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 2018**. (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 2018** (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-DP-3745-2022	$35.296.464,00	$5.042.352,00	012/12/22	30/06/2023	

En constancia de lo anterior, se firma al 01 dia del mes de marzo de 2023



Nombre: Ofelia Hernandez Yepes
No. C. C. 36.554.004 de Santa Marta

PLANI

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OFELIA DEL ROSAR
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	
DIRECCIÓN:	CRA 53 NO 74 - 72	TELÉFONO:	
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladora
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		

APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD ENFERMED	
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		
SUBTOTALES:				

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO
14-11	14-11 - ARL SURA	1	
SUBTOTALES:			

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																							
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZA
1	CC 36554004	HERNANDEZ YEPES OFELIA DEL ROSARIO	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE	INDEMN SUST/DEV SALDOS	$ 2.016.941				NO																				$ 0	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	36554004
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			OFELIA DEL ROSARIO HERNANDEZ YEPES
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 53 NO 74 - 72	TELÉFONO:	3125080
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:	**7867329570**		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/03/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		1944583398

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800088702	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1	$ 252.200
SUBTOTAL:			1	**$ 252.200**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 10.600
SUBTOTAL:			1	**$ 10.600**

TOTAL PAGADO:	**$ 262.800**

Planilla Pagada