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 Garagoa Fecha 30 de septiembre de 2023

Yo, **FLORENTINO TORRES SANABRIA**, C.C. No. **73.071.897** de **Cartagena**, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-705** año **2023** de la Regional **BOYACA**, 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 **2023** y pertenecen al contrato materia de pago**. NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	65381532
Valor Pagado Salud	$237.800
Valor Pagado Pensión	$0
Valor Pagado A.R.L.	$10.000
= Total Pago de Seguridad Social mensual	$247.800
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-DP-705 2023	$42.795.000	$4.755.000	21/06/2023	31/12/2023	

En constancia de lo anterior, se firma a los **30** días del mes de **SEPTIEMBRE** de 2023.

Nombre: _____

No. C. C. 73.071.897 de Cartagena

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2023-09-26, 10:45:55 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 65381532

Periodo Cotización: septiembre de 2023 **Periodo Servicio:** septiembre de 2023

PAGADO 26/09/2023

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	FLORENTINO TORRES SANABRIA		
Documento	CC73071897	**Dirección**	CR 9 #9 - 61 PISO 2
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3138857700
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	GARAGOA	**Departamento**	BOYACA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																			Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 73071897	FLORENTINO TORRES SANABRIA	59	05																		0	0	30	30	0	(NIN-AF) NINGUNA AFP	$ 0	$ 0	(MIN002) ADRES MIN002	$ 1.902.000	$ 237.800	0,522	$ 1.902.000	$ 10.000	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.800

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 0	$ 1.902.000	$ 1.902.000	$ 0	$ 0	$ 237.800	$ 10.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 247.800	$ 0	$ 247.800

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

enlace operativo

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900089104-5
Razón Social del Operador de Información	Enlace Operativo
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2023-09-26, 10:38:48 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	septiembre de 2023
Periodo de Cotización Para Salud	septiembre de 2023
Empresa	FLORENTINO TORRES SANABRIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 73071897
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	65381532
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	181539131
Banco	(1001) - BANCO DE BOGOTA
Valor	$ 247.800
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.suaporte.com.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N901037916	MIN002	ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS SS ADRES	1	$ 237.800	$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPANIA DE SEG	1	$ 10.000	$ 0

SubTotales:	$ 247.800	$ 0
Total a Pagar:		$ 247.800

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de **POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A**, se identificó que **FLORENTINO TORRES SANABRIA** con CC No. **73071897**, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 800186061 - DEFENSORIA DEL PUEBLO	**Fecha de última cobertura:** 30/06/2023 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Fecha de inicio de Contrato:** 21/06/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2023 **Clase de Riesgo:** 1 **Cargo :** ABOGADO ASESOR **Fecha fin de Retiro:** SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301019484216.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 26 días del mes de septiembre de 2023.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.