	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

Señores
DEFENSORIA DEL PUEBLO
Subdirección Financiera
Bogotá D.C.

MYRIAM CASTILLO ARIZA, _C.C.No.**63.290.318** de Bucaramanga, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-4247-2023** de la Regional Quindío, 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 **2023** y pertenecen al contrato materia de pago, **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	**7904316797**
Valor Pagado Salud	252.200.oo
Valor Pagado Pensión	+
Valor Pagado A.R.L.	10.600.oo
= Total Pago de Seguridad Social mensual	**$270.600.oo**
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 2015** . (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 2015**. (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-4247-2023	$ 67.509.000.00	**$ 5.193.000.00**	01/12/2023	31/12/2024	

En constancia de lo anterior, se firma cuatro(04) días del mes de diciembre 2023



MYRIAM CASTILLO ARIZA
CC. No. 63290318 de B/manga

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	63290318
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MYRIAM CASTILLO ARIZA
CIUDAD/MUNICIPIO:	ARMENIA	DEPARTAMENTO:	QUINDIO
DIRECCIÓN:	CARRERA 20 17 20 CASA 13	TELÉFONO:	7319531
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:	**7904316797**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2023/12/04	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		313440270

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
901037916	MIN002	MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION	1	$ 259.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 259.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 10.900
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.900**

VALOR SIN MORA:	**$ 270.600**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 270.600**

Planilla Pagada