compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52988510	DEISY YAMILE PERALTA ALARCON	CLL 13 # 7 - 25 OFC 823	7742635	peraltayguioabogados@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	11/12/2023	73112058	$615.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	259.700	0		0		0	0	0	0	259.700	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	332.400	0	0	0	0	0	0		332.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	10.900				10.900	0	0	10.900			109	10.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	12.500	0	0	12.500	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	259.700	259.700
Pensión	1	332.400	332.400
Riesgos Laborales	1	10.900	10.900
CCF	1	12.500	12.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	615.500	615.500

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52988510	DEISY YAMILE PERALTA ALARCON	CLL 13 # 7 - 25 OFC 823	7742635	peraltayguioabogados@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2023-12	2023-12	I	11/12/2023	73112058	$615.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52988510	PERALTA ALARCON DEISY YAMILE	59	0			N																	25-14	2.077.200	332.400	0	0	0	0	EPS005	2.077.200	259.700	14-23	2.077.200	1	10.900	CCF24	2.077.200	12.500	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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

Ciudad **BOGOTÁ,** Fecha: **diciembre 12** de **2023**

Yo, **DEISY YAMILE PERALTA ALARCÓN**, C.C. No. 52.988.510 de Bogotá, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **DP-5052-2023** de la Regional **BOGOTÁ**, de conformidad con el Decreto 099 del 25 de **FEBRERO** 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.

Planilla de Pago No.	**CUS73112058**
Valor Pagado Salud	259.700
Valor Pagado Pensión	322.400
Valor Pagado A.R.L.	10.900
= Total Pago de Seguridad Social mensual	**603.000**
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 2021**. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** x
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** x **No**
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 2022** (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
DP-5052-2023	$ 67.509.000	$5.019.900	02/12/2023	31/12/2024	

En constancia de lo anterior, se firma a los **12** días del mes de **diciembre** de 2023.



DEISY YAMILE PERALTA ALARCÓN
C. C. 52.988.510 de Bogotá
T.P. 144.474 del C.S. de la J.

Bogotá Distrito Capital, Catorce (14) de diciembre de 2023

Doctor (a)
RAFAEL HUMBERTO JIMÉNEZ
Profesional Administrativo y de Gestión
Coordinador del área laboral
Defensoría del Pueblo Regional Bogotá
Ciudad

Asunto: **COMPROMISO CUMPLIMIENTO ACTIVIDADES CONTRACTUALES DICIEMBRE DEL AÑO 2023 Y HASTA LA FECHA FINALIZACIÓN CONTRATO.**

Respetado (a) supervisor (a):

Yo, DEISY YAMILE PERALTA ALARCÓN, identificado(a) como aparece al pie de mi firma, contratista de la Defensoría del Pueblo, de conformidad con el contrato deprestación de servicios profesionales No. CD–DP– **5052**-2023, me acojo a la fecha propuesta para pago de honorarios del mes de diciembre de 2023, contenida en l a***Circular Conjunta No. 028 de fecha 22 de noviembre del 2023***, *" CIERRE FINANCIERO VIGENCIA 2023 Y APERTURA VIGENCIA 202*4**"**, expedida por la Secretaría General de la Defensoría del Pueblo.

En virtud de lo anterior, manifiesto mi compromiso a radicar oportunamente la documentación requerida, continuando la ejecución del contrato hasta la fecha acordada como finalización del contrato, en especial las obligaciones contractuales surgidas durante el mes de diciembre de 2023 y cumpliendo las obligaciones establecidas en el contrato mencionado.

Así mismo, me comprometo a que, en caso de incumplimiento del anteriorcompromiso, realizaré la devolución del valor que corresponda a las obligaciones no cumplidas, sin prejuicio de las acciones que a bien considere adelantar la Defensoría del Pueblo.

Atentamente,



NOMBRE DEL CONTRATISTA: **DEISY YAMILE PERALTA ALARCÓN**
CC No.: 52.988.510
CONTRATO: **CD-DP-5052-2023**