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

Tunja Boyacá, Enero 19 de 2024.

Yo, **HECTOR JULIO SANTAMARIA ACEVEDO** identificado con C.C. No. 6.773.621 de Tunja, en calidad de contratista de la Defensoría del Pueblo y en ejecución del contrato No. **CD-DP- 396-2023** de la Regional Boyacá, 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 de año 2024** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	4535027351
Valor Pagado Salud SANITAS	$ 237.800,oo
Valor Pagado Pensión: COLPENSIONES Exonerado por indemnización de pensión sustitutiva.	$ 304.400.oo
Valor Pagado ARL / COLMENA	$ 10.000,oo
= Total Pago de Seguridad Social mensual	$ 552.200.oo
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** ☒ **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 2016**. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ **x**
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ **x**
Efectuó pagos a Medicina prepagada durante el **año 2022**. (Art. 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ **x**

Declarante de Renta: **Si** ☐ **No** ☒ **x**.

☐ ☐ 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-4844-2023	$ 23.775.000	$4.755.000	01/12/23	31/05/2024	_____

En constancia de lo anterior se firma a los doce (12) días del mes de Diciembre del año 2023.

Firma.

HECTOR JULIO SANTAMARIA ACEVEDO
C.C. No 6.773.621 de Tunja

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NUMERO DE IDENTIFICACIÓN	6773621
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL			HECTOR JULIO SANTAMARIA ACEVEDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO	BOYACA
DIRECCIÓN	CRA 10 14 92	TELEFONO:	7444444
TIPO APORTANTE	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades regulatoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN	UNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA:			4535027351	TIPO DE PLANILLA:	E-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	enero AÑO	2024	PERIODO COTIZACION SALUD:	MES enero AÑO 2024
DIAS DE MORA:			0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2024/01/18	NUMERO AUTORIZACIÓN:	990745784

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE	SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	MORA COTIZACIÓN	MORA FSP	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES VALOR PAGADO
25-14	25-14-COLPENSIONES	1	$ 304.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 304.400	$ 0	$ 304.400
SUBTOTALES:										**$ 304.400**	**$ 0**	**$ 304.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR	LICENCIA MATERNIDAD NUMERO AUTORIZACIÓN	LICENCIA MATERNIDAD VALOR	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACION	LIQUIDACIÓN VALOR ADRES	MORA COTIZACION	MORA VALOR ADRES	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 237.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.800	$ 0	$ 0	$ 237.800
SUBTOTALES:													**$ 237.800**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 237.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA CÓDIGO	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN	INCAPACIDAD IRP VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	SALDO A FAVOR PLANILLA	SALDO A FAVOR VALOR	LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN	TOTALES APORTES	TOTALES MORA	TOTALES DESCUENTO	TOTALES VALOR PAGADO
14-25	14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.000	$ 10.000	$ 0	$ 0	$ 10.000
SUBTOTALES:									**$ 10.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

N°	DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BASICO	TIPO DE SALARIO	NOVEDADES: COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	INC	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
1	CC 6773621	SANTAMARIA ACEVEDO HECTOR JULIO	DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.902.000			NO															

N°	SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	SALUD ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	PARAFISCALES CCF DIAS COT	IBC	SENA ADMIN	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.902.000	$ 304.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 304.400	EPS005-SANITAS S.A	30	$ 1.902.000	$ 237.800	$ 0	$ 237.800	14-25-COLMENA	30	$ 1.902.000	$ 6773621	$ 10.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL **$ 552.200**

Planilla Pagada

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.293-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota
ORDEN DE SERVICIO
No OS: 9459095314 DV: 173863
Cajero: ZUMASORO
Cliente beneficiario:
10263 PILA RECAUDO
Fecha: 18/01/2024 16:07:29
PS Recaudador:
991260 EFECTY PLAZA DE BOLIVAR
Cantidad cupones: 1
Identificacion: 6773621
Nombre: HECTOR JULIO
Apellido 1: SANTAMARIA
Apellido 2: ACEVEDO
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 5555555555
Codigo Planilla: 4535027351
Periodo Pago: 202401
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia Valor
6773621 $552.200.00
Valor recibido: $552.200,00
Forma de pago: EFECTIVO
Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente me entregado a Efectivo Ltda., Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

Planilla Pagada