| | | |
|---|---|---|
| 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, Yopal, Casanare, fecha veintinueve (29) de mayo de 2024

Yo, **MARYORIS JACKELINE RIVERA FERRER**, C.C. No. **40.670.413** de Florencia, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-4047** año **2023** de la Regional **CASANARE**, 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 **MAYO** del año **2024** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

| | |
|---|---|
| **Planilla de Pago No.** | **7924554554** |
| **Valor Pagado Salud** | + $237.800= |
| **Valor Pagado Pensión** | + $ 304.400= |
| **Valor Pagado A.R.L.** | + $10.000= |
| **Valor pagado caja de compensación familiar** | + $38.100 |
| **= Total Pago de Seguridad Social mensual** | = $ **590.300=** |
| **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 2023**. (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 2023**. (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-4047-2023 | $ 61.815.000 | $4.755.000 | 01/12/2023 | 31/12/2024 | ACTA DE INICIO 01/12/2023 |
| | | | | | |

En constancia de lo anterior, se firma a los veintinueve (29) días de mayo de 2024.



Nombre: **MARYORIS JACKELINE RIVERA FERRER**
No. C. C. 40.670.413 de Florencia

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 40670413 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MARYORIS JACKELINE RIVERA FERRER |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | YOPAL | DEPARTAMENTO: | CASANARE |
| DIRECCIÓN: | CALLE 33 # 28-47 T5 APTO 201 | TELÉFONO: | 6347094 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades jurídicas. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7924554554** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2024 | SALUD: | AÑO: | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/05/29 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 668305994 |

## NOVEDADES

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

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 304.400 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 304.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800251440 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | $ 237.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 237.800** |
| **CAJA DE COMPENSACIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 844003392 | CCF69 | CCF69-COMFACASANARE | 1 | $ 38.100 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 38.100** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 10.000 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 10.000** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 590.300** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 590.300** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 40670413 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MARYORIS JACKELINE RIVERA FERRER |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | YOPAL | DEPARTAMENTO: | CASANARE |
| DIRECCIÓN: | CALLE 33 # 28-47 T5 APTO 201 | TELÉFONO: | 6347094 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades jurídicas. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | **7924554554** | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo AÑO | 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo AÑO | 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2024/05/29 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 668305994 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 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 | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | 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 | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 10.000 | $ 10.000 | $ 0 | $ 0 | $ 10.000 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 10.000** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 10.000** |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF69 | CCF69-COMFACASANARE | 1 | $ 38.100 | $ 0 | $ 38.100 |
| **SUBTOTALES:** | | | **$ 38.100** | **$ 0** | **$ 38.100** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 40670413 | RIVERA FERRER MARYORIS JACKELINE | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.902.000 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 1.902.000 | $ 304.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 304.400 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP / PARAFISCALES

| Nº | SALUD ADMIN | SALUD DÍAS COT | SALUD IBC | SALUD COTIZACIÓN | SALUD VALOR ADRES | SALUD TOTAL APORTE | ARP ADMIN | ARP DÍAS COT | ARP IBC | ARP CENTRO DE TRABAJO | ARP TOTAL APORTE | PARAFISCALES DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 1.902.000 | $ 237.800 | $ 0 | $ 237.800 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.902.000 | 40670413 | $ 10.000 | 30 | $ 1.902.000 | CCF69-COMFACASANARE | $ 38.100 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| **TOTAL** | **$ 590.300** |
|---|---|