	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

Ciudad Garagoa Fecha 30 de mayo de 2024

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-301** año **2024** 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 **MAYO** del año **2024** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	70255121
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:

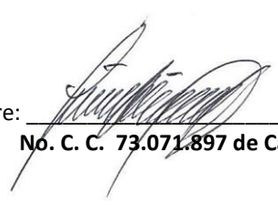
Hace Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art 126-1 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 201___**. (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-301-2024	$35.662.500	$4.755.000	15/05/2024	31/12/2024	

En constancia de lo anterior, se firma a los **31** días del mes de **mayo** de **2024**.



Nombre: _____

No. C. C. 73.071.897 de Cartagena

enlace operativo

SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-05-16, 10:48:53 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 70255121

Periodo Cotización: mayo de 2024 **Periodo Servicio:** mayo de 2024

PAGADO 16/05/2024

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 APP	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	(NIN-AP) NINGUNA APP	$ 0	$ 0	(MIN002) ACRES 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.



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	2024-04-16, 09:14:46 AM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2024
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2024
Empresa	FLORENTINO TORRES SANABRIA
CEDULA CIUDADANIA	CC 73071897
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	69629672
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	578848660
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 COMPAÑIA DE SEG	1	$ 10.000	$ 0

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

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS

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 se evidenció que, **FLORENTINO TORRES SANABRIA** identificado con **CC** No. **73071897**, registra la siguiente información.

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
DEFENSORIA DEL PUEBLO - NI. 800186061	**Fecha de inicio de cobertura:** 24/01/2024 **Estado Afiliación:** ACTIVO **Fecha de inicio de Contrato:** 21/06/2023 **Fecha fin de Contrato:** 31/12/2024 **Tipo Vinculación:** TRABAJADOR INDEPENDIENTE **Clase de Riesgo:** 1

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): 202401015235633.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 16 días del mes de mayo de 2024.

Cordialmente,

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