	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

Santiago de Cali, julio 09 de 2024

Yo, PAULINA SALINAS DIAZ, C.C. No. 41.632.565 de BOGOTA, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. 1742 del año 2022 de la Regional VALLE DEL CAUCA , 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 **JULIO** del año 2024 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	1064314775
Valor Pagado Salud	$ 237.800
Valor Pagado Pensión	304.400
Valor Pagado A.R.L.	19.900
= Total Pago de Seguridad Social mensual	$ 562.100
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.)	**S** ☐ **No** X .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**S** ☐ **No** X .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 2022**___. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**S** ☐ **No** X .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**S** ☐ **No** X .
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 2022**. (Art. 387 E.T.)	**S** ☐ **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
1460-2024	$ 30.066.000	$5.011.000	01-07-24	31-12-24	

En constancia de lo anterior, se firma a los nueve (09) días del mes de julio de 2024

Nombre: PAULINA SALINAS DIAZ
No. C. C. 41.632.565

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2024-07-08, 10:15:23 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1064314775

Periodo Cotización 202407 **Periodo Servicio** 202407

Cliente:

PAGADA 2024-07-08 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAULINA SALINAS DIAZ				
Documento	CC 41632565	**Dirección**	AVENIDA 2 73 N-55		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3182032607		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 41632565		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	00					SALINAS DIAZ PAULINA	76001000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																				Extranjero	Tipo salario	Salario	Pensión							Salud						Riesgos					Caja				Parafiscales			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				Código AFP	Código Tras. AFP	Tarifa AFP	IBC	Total Aporte AFP	Total Aporte FSP	Total Aporte FSPS	Código EPS	Código Tras. EPS	Tarifa EPS	IBC EPS	Aporte Salud	Aporte UPC	Código ARL	Clase Riesgo	Tarifa ARL	IBC ARL	Aporte Riesgos	Código CCF	Tarifa CCF	IBC CCF	Aporte Caja	Tarifa SENA	Aporte SENA	Tarifa ICBF	Aporte ICBF
															0	30	30	30	0			$ 1.902.000	25-14		16 %	$ 1.902.000	$ 304.400	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 1.902.000	$ 237.800	$ 0	14-23	2	1,044 %	$ 1.902.000	$ 19.900	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 304.400	$ 0	$ 0	$ 237.800	$ 19.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 562.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bogotá, 08 de julio de 2024

Apreciado usuario,
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

Información de la empresa:

Razón Social: PAULINA SALINAS DIAZ

Documento de Identidad: CC 41632565

Usuario: PAULINA SALINAS

Teléfono: 3182032607

Número de Planilla: 1064314775

Fecha de Recepción: 08 de julio de 2024

Periodo de Cotización: 2024-07

Información relacionada a Pensiones

Administradora: 25-14 - COLPENSIONES
Número de empleados: 1
Valor: $304.400

Información relacionada a Salud

Administradora: EPS005 - SANITAS EPS
Número de empleados: 1
Valor: $237.800

Información relacionada a Riesgos

Administradora: 14-23 - ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG
Número de empleados: 1
Valor: $19.900

Total Pagado: $562.100

Codialmente,

SERVICIO AL CLIENTE
SIMPLE S.A.
¡Más que fácil, SIMPLE! ®
FonoSIMPLE:Teléfonos Bogotá: 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 6669 - Bucaramanga: 643 8000 - Cartagena: 694 5444 - Pereira: 340 2582 -Barranquilla: 361 88 50 - Resto del país: 018000 971 971Chat www.pagosimple.com/portal/chat;de Lunes a Viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm.O déjenos su mensaje en nuestro formulario de contacto en www.pagosimple.com/portal/contactenos.