Defensoría del Pueblo COLOMBIA	**DECLARACION JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL**	Código: FI-P02-F07
		Versión: 02
		Vigente desde: 09/02/2016

Bogotá Fecha 26 de jul. de 24

Yo, JUDY YAZMIN SAAVEDRA RODRIGUEZ C.C. No.52.831.188 de Bogotá, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No 5044-2023 de la Regional Bogotá, 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.	8631541779
Valor Pagado Salud	+$273,700
Valor Pagado Pensión	+$350,300
Valor Pagado A.R.L.	+11,500
= Total Pago de Seguridad Social mensual	=$648,700
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 2015**. (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 2018** (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 No5044-2023	$69.189.000-	$5.473.000-	01/12/23	30/12/24	

En constancia de lo anterior, se firma al mes de julio de 2024.



Nombre**: JUDY YAZMIN SAAVEDRA RODRIGUEZ**
No. C. C. 52.831.188 De Bogotá D.C.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	JUDY YAZMIN SAAVEDRA RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-52831188
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-07-23
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-52831188
NOMBRE EMPLEADO	JUDY YAZMIN SAAVEDRA RODRIGUEZ
EPS	COMPENSAR ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD
AFP	COLFONDOS
CAJA COMPENSACIÓN	Caja de Compensacion Familiar COMPENSAR
ARL	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA
NÚMERO PLANILLA	8631541779
REFERENCIA PAGO(PIN)	8653302901
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2024-07
PERÍODO SALUD	2024-07
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	1691001
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
								X	1/07/24																			0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.189.200	0,1600000	$ 350.300	$ 0	$ 0	$ 350.300	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.189.200	0,1250000	$ 273.700	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.189.200	0,0052200	$ 11.500	800186061

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
30	2.189.200	0,0060000	$ 13.200	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 350.300	$ 273.700	$ 11.500	$ 13.200	$ 648.700