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 Pereira, Risaralda Fecha **29 de JULIO** de 2024.

Yo, **ISABEL AMPARO FLOREZ GIL**, C.C. No. 42.051.408 de Pereira, Rda, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. DP **4297** año **2023** de la Regional **RISARALDA,** 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.	4558122718 - 4562545518
Valor Pagado Salud	+ $250.550
Valor Pagado Pensión	+ $Pensionada
Valor Pagado A.R.L.	+ $10.500
= Total Pago de Seguridad Social mensual	= $261.050
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
DP - 4297 año **2023**	**$63.351.000**	$5.011.000	02/12/2023	31/12/2024	Contrato con adición de honorarios

En constancia de lo anterior, se firma a los **29** días del mes de **JULIO** de **2024.**



ISABEL AMPARO FLOREZ GIL
CC. No. 42.051.408

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	42051408
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ISABEL AMPARO FLOREZ GIL FLOREZ GIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CALLE 36 # 13-225 CASA 13	TELÉFONO:	3163955
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

ÚMERO PLANILLA:	4558122718	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
ERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio
TROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024
IAS DE MORA:	0		
ECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999468436

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
0130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 237.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 237.800**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
0226175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 10.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.000**

Planilla Pagada

VALOR SIN MORA:	**$ 247.800**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 247.800**

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	42051408
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:		ISABEL AMPARO FLOREZ GIL	FLOREZ GIL
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CALLE 36 # 13-225 CASA 13	TELÉFONO:	3163955
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA	4562545518	TIPO DE PLANILLA:	N-CORRECCIONES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES:	julio	
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024		AÑO:	2024	
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/07/29	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999474644		
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4558122718	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	2024/07/29		

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
130907	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 12.800
		SUBTOTAL:	1	$ 12.800
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
IT	CÓDIGO	NOMBRE		
8175	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 500
		SUBTOTAL:	1	$ 500

VALOR SIN MORA:	$ 13.300
VALOR MORA:	$ 0
TOTAL PAGADO:	$ 13.300

Planilla Pagada



EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1
ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9518177969 DV: 866907
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 29/07/2024 11:00:28
PAP: 903932
Identificacion: 42051408
Nombre: ISABEL
Apellido 1: FLOREZ
Apellido 2: NAA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 5555555555
Codigo Planilla: 4558122718
Periodo Pago: 2024/07
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 42051408 Valor: $247.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co



EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1
ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9518334164 DV: 650972
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 29/07/2024 16:24:22
PAP: 903932
Identificacion: 42051408
Nombre: ISABEL
Apellido 1: FLOREZ
Apellido 2: NAA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 5555555555
Codigo Planilla: 4562545518
Periodo Pago: 2024/07
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 42051408 Valor: $13.300,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

CP-481171
SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.
NIT 860503617-3

seguros alfa

CERTIFICA QUE

El(a) señor(a) **FLOREZ GIL ISABEL AMPARO,** identificado(a) con **CÉDULA** No.**42.051.408** es beneficiario(a) de una Póliza de Renta Vitalicia por **VEJEZ**, expedida en el mes **de Agosto de 2020** .

Actualmente, **FLOREZ GIL ISABEL AMPARO** tiene derecho a recibir **UN MILLON SETECIENTOS Y OCHO MIL CUATROCIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS($1,708,452.00 MCTE.),** equivalente a un **100%** del valor total de la pensión, y recibe **13 mesadas durante el año**, al cual aplicamos los descuentos a que haya lugar según la normatividad vigente para este tipo de pólizas y los adicionales debidamente autorizados por el beneficiario.

Consultas y solicitudes a través de nuestras **líneas de atención al cliente en Bogotá** (60 - 1) 307 70 32, desde el **resto del país** 01 8000 122532, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.- sábados, de 8:00 a.m. a 12:00 m. o escríbenos a través de nuestros canales virtuales disponibles desde nuestra página web en la sección **Atención** o al buzón **«servicioalcliente@segurosalfa.com.co».**
Más información www.segurosalfa.com.co

Esta certificación se expide a solicitud de Seguros de Vida Alfa s.a. en Bogotá a los 5 días del mes de Septiembre del año 2023

Dirección de Rentas Vitalicias.
Renta:110197

COMPROBANTE DE PAGO | PENSIONADO

seguros alfa

COMPAÑÍA	NIT	NOMBRE	
SEGUROS DE VIDA ALFA S.A.	860503617-3	FLOREZ GIL ISABEL AMPARO	
PERÍODO		**DOCUMENTO**	**RENTA**
DESDE 01/08/2023	**HASTA** 31/08/2023	42051408	110197
BANCO	**NÚMERO DE CUENTA**		

CÓD.	CONCEPTO	CANTIDAD	PRECIO BASE	DEVENGO	DEDUCIDO
1	SALARIO PENSION	30	$1.708.452	$1.708.452	
2	EPS	30	$1.708.452		$170.845
5	DEMANDAS	30	$1.708.452		$461.282

TOTALES	**$1.708.452**	**$632.127**
NETO A PAGAR	**$1.076.325**	
MONTO EN LETRAS		
MILLON SETENTA Y SEIS MIL TRESCIENTOS VEINTICINCO PESOS MCTE		

Declaro que recibí a satisfacción las sumas de dinero indicadas en este comprobante, el cual me fue enviado a través del correo electrónico y lo puedo consultar en cualquier momento por este medio. También declaro que cualquier modificación o uso indebido de la información contenida en este comprobante se considera como una falta grave.
Consultas y solicitudes a través de nuestras **líneas de atención al cliente en Bogotá** (60 - 1) 307 70 32, desde el **resto del país** 01 8000 122532, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m.- sábados, de 8:00 a.m. a 12:00 m. o escríbenos a través de nuestros canales virtuales disponibles desde nuestra página web en la sección Atención o al buzón **«servicioalcliente@segurosalfa.com.co»**. Más información **www.segurosalfa.com.co**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SUCURSALES EN EL PAÍS

BOGOTÁ
Av.Calle 26 No. 59 - 15, local 6
Edificio Avianca
PBX: (60 - 1) 307 70 32

MEDELLÍN
Carrera 43A No. 1 Sur 220, piso 2
Oficina 201 - Edificio Porvenir
PBX: (60 - 4) 604 34 85

CALI
Carrera 4 No. 7 - 61, piso 5
Edificio Banco de Occidente
PBX: (60 - 2) 485 05 17

BARRANQUILLA
Calle 77B No. 57 - 103, Oficina 602
Edificio Green Tower
PBX: (60 - 5) 893 02 21

Activar Windo
Ve a Configuració