| | | |
|---|---|---|
| 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 MEDELLÍN Fecha 27 de agosto de 2024

Yo, **SARA LUCIA DIAZ SANIN**, C.C. No. **1035916241** de Guarne, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. DP-3780 año 2023 de la Regional Antioquia, 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.** | 72663100 |
| **Valor Pagado Salud** | + 250.600 |
| **Valor Pagado Pensión** | + 320.800 |
| **Valor Pagado A.R.L.** | + 10.500 |
| **= Total Pago de Seguridad Social mensual** | = 581.900 |
| **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 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** [x] **No** ☐ . |

**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-3774-2023 | 63.351.000 | 5.011.000 | 01/12/2023 | 31/12/2024 | |
| | | | | | |

En constancia de lo anterior, se firma a los 27 días de agosto de 2024.

**SARA LUCIA DIAZ SANIN**
**CC 1.035.916.241 de Guarne, Ant.**

# SuAporte | REPORTE INDIVIDUAL

**Fecha creación reporte** 2024-08-13, 04:14:47 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 72663100

**Periodo Cotización** 202407 **Periodo Servicio** 202407

**Cliente:**

## PAGADA 2024-08-13

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Razón Social** | SARA LUCIA DIAZ SANIN | | | | |
| **Documento** | CC 1035916241 | **Dirección** | CR 52 #43 - 31 OFICINA 203 | | |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 2613548 | | |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO | **Total Afiliados** | 1 |
| **Ciudad** | MEDELLIN | **Departamento** | ANTIOQUIA | | |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | | | |

### II. DATOS DEL AFILIADO

| **Documento** | CC 1035916241 | | Residente | | Exonerado | N | **Apellidos y Nombres** | **Código Ciudad - Departamento** | **Centro de Trabajo** | **Ubicación Laboral** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Cotizante | 59 | 00 | | | | | DIAZ SANIN SARA LUCIA | 5001000 - 5 | | ANTIOQUIA |

### 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 | | | | $ 2.004.400 | 230301 | | 16 % | $ 2.004.400 | $ 320.800 | $ 0 | $ 0 | EPS010 | | 12,5 % | $ 2.004.400 | $ 250.600 | $ 0 | 14-11 | 1 | 0,522 % | $ 2.004.400 | $ 10.500 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | EPS SURA | ARL SURA | NINGUNA CCF | SENA | ICBF | ESAP | MEN | |
| $ 320.800 | $ 0 | $ 0 | $ 250.600 | $ 10.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 581.900 |



**Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.**