| | 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 |

Señores
**DEFENSORIA DEL PUEBLO**
Subdirección Financiera
Bogotá D.C.

**MYRIAM CASTILLO ARIZA,** _C.C.No.**63.290.318** de Bucaramanga, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-4247-2023** de la Regional Quindío, 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.** | **7930285921** |
| **Valor Pagado Salud** | 273.700.00 |
| **Valor Pagado Pensión** | + |
| **Valor Pagado A.R.L.** | 11.500.00 |
| **= Total Pago de Seguridad Social mensual** | **$285.200.00** |
| **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 2015** . (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 2015**. (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-4247-2023** | $ 67.509.000.00 ADICION 1.680.000 | **$ 5.473.000.00** | 01/12/2023 | 31/12/2024 | **A partir del 01/07/2024 se adiciona al contrato hasta la terminación.** |
| | | | | | |

En constancia de lo anterior, se firma a los once (11) días del mes de julio de dos mil veinticuatro (2024)



**MYRIAM CASTILLO ARIZA**
**CC. No. 63290318 de B/manga**

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 63290318 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MYRIAM CASTILLO ARIZA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | ARMENIA | DEPARTAMENTO: | QUINDIO |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 20 17 20 CASA 13 | TELÉFONO: | 7319531 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **7930285921** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES julio | AÑO 2024 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES julio | AÑO 2024 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2024/07/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 769630792 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| MIN002 | MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 273.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 273.700 | $ 0 | $ 0 | $ 273.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 273.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 273.700** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 11.500 | $ 11.500 | $ 0 | $ 0 | $ 11.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 11.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 11.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 63290318 | CASTILLO ARIZA MYRIAM | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | NO OBLIG COT PENS EDAD | $ 2.077.200 | | | | NO | | | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | | 30 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | MIN002-ADRES-REGIMEN EXCEPCION | 30 | $ 2.189.200 | $ 273.700 | $ 0 | $ 273.700 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 2.189.200 | 63290318 | $ 11.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 285.200** |

Planilla Pagada