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 **28 de AGOSTO** 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 **AGOSTO** del año **2024** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	4562545860
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 **28** días del mes de **AGOSTO** de **2024.**



_____

ISABEL AMPARO FLOREZ GIL
CC. No. 42.051.408

Bancoomeva

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

O IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	42051408
MBRE O RAZÓN SOCIAL:	ISABEL AMPARO FLOREZ GIL		FLOREZ GIL
DAD/MUNICIPIO:	PEREIRA	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
ECCIÓN:	CALLE 36 # 13-225 CASA 13	TELÉFONO:	3163955
APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Otras actividades de servicios
MA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
RTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

RO PLANILLA:	4562545860	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
DO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto
SUBSISTEMAS:	AÑO: 2024	SALUD:	AÑO: 2024
E MORA:	0		
PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/08/28	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9999794064

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

		TOTALES	
		COTIZANTES	TOTAL PAGADO
SALUD			
	ADMINISTRADORA		
CÓDIGO	NOMBRE		
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 250.600
	SUBTOTAL:	1	**$ 250.600**
RIESGOS PROFESIONALES			
	ADMINISTRADORA		
CÓDIGO	NOMBRE		
14-25	14-25-COLMENA	1	$ 10.500
	SUBTOTAL:	1	**$ 10.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 261.100**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 261.100**

Planilla Pagada
Planilla Pagada



EFECTIVO Linea
NIT 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9526437337 PV: 353603
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 28/08/2024 10:24:19
EAP: 90393
Identificacion: 42051408
Nombre: ISABEL
Apellido 1: FLOREZ
Apellido 2:
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 5555555555
Codigo Planilla: 456254586
Periodo Pago: 202470
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 42051408 Valor: $261.100,00

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 Windows
Ve a Configuración