	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

Ciudad CAICEDONIA VALLE Fecha 22 de OCTUBRE de 2024 LUZ DEYCI SABOGAL MONTOYA, C.C. No. 66.961.674 de CAICEDONIA VALLE, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-5235-2023** de la Regional VALLE DEL CAUCA, 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 OCTUBRE del año 2024 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	9475866029
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 2022**___. (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 2022**___. (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-5235-2023	$63.351.000,00	$5.011.00	01 DE DICIEMBRE 2023	31-DICIEMBRE-2024	

En constancia de lo anterior, se firma a los 22 días del mes de OCTUBRE de 2024

Nombre: _____

No. C. C. 66.961.674

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 66961674		SABOGAL MONTOYA LUZ DEYCI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 2 17-13	CAICEDONIA-VALLE	2161359	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10		9475866029	I	2024/11/20			0	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	66961674	SABOGAL LUZ																		230201	30	$2,004,400	$320,800	EPS005	30	$2,004,400	$250,600		0	$0	$0	14-11	30	$2,004,400	$10,500	0	$0	$0	No	$581,900
Total	**Afiliados(1)**																						$2,004,400	$320,800			$2,004,400	$250,600			$0	$0			$2,004,400	$10,500		$0	$0		$581,900

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 66961674		SABOGAL MONTOYA LUZ DEYCI	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 2 17-13	CAICEDONIA-VALLE	2161359	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10		9475866029	I	2024/11/20			0	

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,800	$0	$0	$320,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,800	$0	$0	$320,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$0	$10,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$10,500	$0	$0	$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,600	$0	$0	$250,600
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$250,600	$0	$0	$250,600
TOTAL				1	$581,900	$0	$0	$581,900

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: LUZ DEYCI SABOGAL MONTOYA

Nro. de recibo: 9475866029

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9475866029

Identificación del contribuyente: 45.229.73.35

Concepto: CC

Razón Social: 66961674

Fecha y hora de la transacción: Martes 22 de Octubre de 2024 10:46:18 PM

Nro. de comprobante: 0000036196

Valor pagado: $ 581,900.00

Producto: *******8648

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com