	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

IBAGUE, 29 De Octubre 2024

Yo, **LINDA PAOLA RUBIO AYALA**, C.C. No. 65.779.741 de Ibagué, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP- 1752-2024**de la Regional Tolima, 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.	
Valor Pagado Salud	+ 250550
Valor Pagado Pensión	+320704
Valor Pagado A.R.L.	+10.463
= Total Pago de Seguridad Social mensual	=581.717
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** **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-1752-2024	**$** 30.066.000	**$ 5.011.000,00**	17/07/2024	31/12/2024	

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

Linda Paola Rubio A.

LINDA PAOLA RUBIO AYALA
No. C. C. 65.779.741 de Ibagué

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65779741		RUBIO AYALA LINDA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 2 6 94 edificio fontanar	IBAGUE-TOLIMA	3156041682	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	1003871013	9474146458	I	2024/11/13	2024/10/25	NEQUI	0	$581,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,004,400	$320,800			$2,004,400	$250,600			$0	$0			$2,004,400	$10,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,004,400	$320,800			$2,004,400	$250,600			$0	$0			$2,004,400	$10,500		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$2,004,400	$320,800			$2,004,400	$250,600			$0	$0			$2,004,400	$10,500		$0	$0
1	CC	65779741	RUBIO LINDA	25-14	30	$2,004,400	$320,800	EPS002	30	$2,004,400	$250,600		0	$0	$0	14-23	30	$2,004,400	$10,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,004,400	$320,800			$2,004,400	$250,600			$0	$0			$2,004,400	$10,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 65779741		RUBIO AYALA LINDA PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cra 2 6 94 edificio fontanar	IBAGUE-TOLIMA	3156041682	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	1003871013	9474146458	I	2024/11/13	2024/10/25	NEQUI	0	$581,900

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
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$320,800	$0	$0	$320,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$0	$10,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,500	$0	$0	$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,600	$0	$0	$250,600
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$250,600	$0	$0	$250,600
TOTAL				1	$581,900	$0	$0	$581,900