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

Santiago de Cali, Octubre 15 de 2024

Yo**, MYRIAM BECERRA SALDARRIAGA,** C.C. No. 31.471.721 de Yumbo , Valle , en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-714-2024** de la Regional VALLE DEL CAUCA, de conformidad con el Decreto 099 del 25 de enero de 2013 y para e 1 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 SEPTIEMBRE del año 2024 y pertenecen al contrato materia de pago.

Planilla de Pago No.	9473365885
Valor Pagado Salud	+ $290.000
Valor Pagado Pensión	+ $
Valor Pagado A.R.L.	+ $ 12.200
= Total Pago de Seguridad Social mensual	= $302.200
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 Prepagada 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
DP-714-2024	**$ 85.684.500,00**	**$5.473.000**	**28-01-2023**	**31-12-2024**	

En constancia de lo anterior, se firma el 15 días del mes de Octubre de 2024.

MYRIAM BECERRA SALDARRIAGA
C.C No. . 31.471.721

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 31471721		BECERRA SALDARRIAGA MYRIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 12A 12-71 BARRIO CORBIVALLE	YUMBO-VALLE	6955016	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	25626699	9473365885	I	2024/10/04	2024/09/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$348,600

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)					$0	$0			$2,320,000	$290,000			$2,320,000	$46,400			$2,320,000	$12,200		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$2,320,000	$290,000			$2,320,000	$46,400			$2,320,000	$12,200		$0	$0
Ciudad: YUMBO Depto: VALLE (1 Afiliados)					$0	$0			$2,320,000	$290,000			$2,320,000	$46,400			$2,320,000	$12,200		$0	$0
1	CC 31471721	BECERRA MYRIAM		0	$0	$0	EPS018	30	$2,320,000	$290,000	CCF57	30	$2,320,000	$46,400	14-23	30	$2,320,000	$12,200	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$0	$0			$2,320,000	$290,000			$2,320,000	$46,400			$2,320,000	$12,200		$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 31471721		BECERRA SALDARRIAGA MYRIAM	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 12A 12-71 BARRIO CORBIVALLE	YUMBO-VALLE	6955016	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	25626699	9473365885	I	2024/10/04	2024/09/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$348,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,200	$0	$0	$12,200
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$12,200	$0	$0	$12,200
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$46,400	$0	$0	$46,400
COMFANDI	CCF57	890,303,208	5	1	$46,400	$0	$0	$46,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$290,000	$0	$0	$290,000
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$290,000	$0	$0	$290,000
TOTAL				**1**	**$348,600**	**$0**	**$0**	**$348,600**