Defensoría del Pueblo	NOMBRE DEL PROCESO/SUBPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA	Código: FI-P02-F07
	DECLARACIÓN JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL	Version: 02
		Vigente desde: 29/02/2016

Cali Valle, diciembre 09 de 2.024

AMPARO SABOGAL CEDEÑO, mayor de edad, vecina del municipio de Tuluá Valle, identificada con la C.C.No. 31.198.241 de Tuluá Valle, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato **CD - DP - 1265** de **2024** 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 **noviembre 2024**, y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA**

Planilla de Pago No.	8633791217
+ Valor Pagado Salud	$ 250.600=
+ Valor Pagado Pensión	$ 0=
+ Valor Pagado A.R.L.	$ 10.500=
= Valor Total Seguridad Social	$ 261.100=
Pensionado	SI [X] NO [ ]

OTRAS DEDUCCIONES (BENEFICIO TRIBUTARIO) A TENER EN CUENTA PARA DISMIN45UIR AÚN MÁS LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE, ADJUNTE LOS DOCUMENTES (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 ET)	SI [ ]	NO [x]
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el año 2.023 (Arts. 119 y 387 E.T)	SI [ ]	NO [x]
Tiene dependientes (Art 387 E.T.)	SI [ ]	NO [x]
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante el año 2.023 (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 Inicio	Fecha de terminación	Observaciones
CD - DP - 1265 - 2024	$30.066.000=	$5.011.000=	01/07/ 2024	31/12/2024	

En constancia de lo anterior, se firma por quien en ella intervino, a los nueve (09) días del mes de diciembre de 2.024.

AMPARO SABOGAL CEDEÑO.
C.C.No. 31.198.241 de Tuluá Valle.

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO

Período Pensión: 2024-11
Período Salud : 2024-11

Se certifica que en la fecha 2024-12-09 la empresa AMPARO SABOGAL CEDEÑO con documento de identificación CC 31198241 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante SABOGAL CEDEÑO AMPARO identificado con CC-31198241, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante	
Identificación	Razón Social
CC-31198241	AMPARO SABOGAL CEDEÑO

Datos Planilla			
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales
8633791217	I	2024-12-09	0,00522

Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

PAGADO

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9552289640 DV: 937265
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Simple Mi Plan
Fecha: 07/12/2024 10:50:33
PAS: 914542
Nombre: amparo
Apellido 1: saboqal
NUM PLANILLA: 8601640814
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 31198241
PERIODO: 202411
Referencia: 8601640814Valor: $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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	AMPARO SABOGAL CEDEÑO
IDENTIFICACIÓN:	CC-31198241
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2024-12-09
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2024-12-10
FECHA DE PAGO:	2024-12-09
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2024-11
PERÍODO SALUD:	2024-11
NÚMERO PLANILLA:	8633791217
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8601640814
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	$ 2.004.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.600	$ 250.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.004.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.500	$ 10.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 261.100	$ 261.100

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	13/01/2025