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

Popayán 5 de diciembre de 2024

NANCY FABIOLA AMORTEGUI ALFEREZ, mayor de edad, vecina de esta ciudad, identificada con la cédula de ciudadanía número 34.538.295 de Popayán, Cauca,) en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato DP-4294 año 2023 de la Regional 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 **Diciembre** del año 2024 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.		4582095586
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 2015.** (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 2015.** (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-4294	$ 63.351.000	$5.011.000	02/12/2023	31/12/2024	

En constancia de lo anterior, se firma a los 5 días del mes de Diciembre de 2024

NANCY FABIOLA AMORTEGUI ALFEREZ
C.C. No. 34.538.295 de Popayán

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34538295
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NANCY FABIOLA AMORTEGUI ALFEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CR 6A 19 A 19	TELÉFONO:	8375000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Terminación y acabado de edificios y obras de ing
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA								
NÚMERO PLANILLA:				**4582095586**	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	diciembre	AÑO	2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	diciembre	AÑO 2024
DÍAS DE MORA:				0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):				2024/12/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9990979759

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 320.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 320.800	$ 0	$ 320.800
SUBTOTALES:										**$ 320.800**	**$ 0**	**$ 320.800**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.600	$ 0	$ 0	$ 250.600
SUBTOTALES:													**$ 250.600**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 250.600**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.500	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 10.500
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 10.500**

TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE		APORTES	MORA	VALOR PAGADO
CCF14	CCF14-COMFACAUCA	1	$ 12.100	$ 0	$ 12.100
SUBTOTALES:			**$ 12.100**	**$ 0**	**$ 12.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																						PARAFISCALES						
																									PENSIÓN									SALUD						ARP														
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																								
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DIAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DIAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
1	CC 34538295	AMORTEGUI ALFEREZ NANCY FABIOLA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.004.400				NO		30															25-14 COLPENSIONES	30	$ 2.004.400	$ 320.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 2.004.400	$ 250.600	$ 0	$ 250.600	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 2.004.400	34538295	$ 10.500	30	$ 2.004.400	CCF14-COMFACAUCA	$ 12.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	**$ 594.000**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	34538295
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			NANCY FABIOLA AMORTEGUI ALFEREZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CR 6A 19 A 19	TELÉFONO:	8375000
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Terminación y acabado de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4582095586**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	diciembre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2024	SALUD:	AÑO:	2024
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2024/12/05	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9990979759

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
900336004	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 320.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 320.800**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 250.600
		SUBTOTAL:	1	**$ 250.600**
CAJA DE COMPENSACIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
891500182	CCF14	CCF14-COMFACAUCA	1	$ 12.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 12.100**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
860011153	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	1	$ 10.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 10.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 594.000**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 594.000**

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

No. OS: 9551827111
Cliente:
Fecha: 05/12/2024 15:
PIN:
Identificacion:
Nombre:
Apellido 1:
Apellido 2:
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADA
Telefono:
Codigo Planilla:
Periodo Pago:
Valor Comision:
Valor Iva Comision:
Referencia: 345536295 Valor: $594.000.

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

CARTA DE COMPROMISO DE ACTIVIDADES

NANCY FABIOLA AMORTEGUI ALFEREZ
Carrera 6ª #19AN-19, Barrio Ciudad Jardín, Popayán
3166530574
namortegui@defensoria.edu.co
06-12-2024

DEFENSORIA DEL PUEBLO

Estimado/a Vladimir Medina Segura,

Por medio de la presente, yo, NANCY FABIOLA AMORTEGUI ALFEREZ, identificado con 34538295, en mi calidad de contratista bajo el contrato número [número del contrato] suscrito el día [fecha de suscripción del contrato], me comprometo formalmente a llevar a cabo las actividades estipuladas en el contrato durante el [periodo comprendido del 01 del mes de Diciembre al 31 de Diciembre del 2024.

Este compromiso incluye el desarrollo de las siguientes actividades y entregables:

1.Descripción de Obligación 1: Asesoría jurídica a victimas SPOA del circuito judicial de Silvia

2.Descripción de Obligación2: Asistencia jurídica en audiencias penales a victimas en el SPOA

3.Descripción de Obligación 3: Formar estrategias jurídicas con el fin de asistir a las victimas del SPOA

4.Entregables: Informe de gestión mensual.

De igual manera, me comprometo a cumplir con los plazos y la calidad establecidos en el contrato y atendiendo cualquier solicitud de información adicional o ajuste en los tiempos y metodología de entrega que se consideren necesarios.

Se firma a los 06 del mes de Diciembre del 2024

Atentamente,



NANCY FABIOLA AMORTEGUI ALFEREZ
34538295

Visto Bueno
Supervisor del contrato No DP-4294 año 2023
Cargo