

|                                                                                   |                                                          |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|---------------------------|
|  | <b>Nombre del proceso/subproceso: Gestión Financiera</b> | Código: FI-P02-F07        |
|                                                                                   | <b>DECLARACION JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL</b>       | Versión: 02               |
|                                                                                   |                                                          | Vigente desde: 29/02/2016 |

Ciudad Guadalajara de Buga 14 de julio de 2025

Yo, ALONSO RESTREPO SANCHEZ, C.C. No. 18.507.611 de Dosquebradas, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. 5221 año 2023 de la Regional Valle, 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 julio del año 2025 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

|                                          |                                                                      |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Planilla de Pago No.                     | 4612765185                                                           |
| Valor Pagado Salud                       | \$430.800                                                            |
| Valor Pagado Pensión                     | \$551.400                                                            |
| Valor Pagado A.R.L.                      | \$18.000                                                             |
| = Total Pago de Seguridad Social mensual | \$1.000.200                                                          |
| Es Pensionado                            | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> . |

**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 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> . |
| Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)                                                         | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> . |
| Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el <b>año 2023</b> _____. (Artículos 119 y 387 E.T.) | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> . |
| Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)                                                                                                              | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> . |
| Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante <b>año 2024</b> _____. (Art. 387 E.T.)                                                              | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> . |

**Declarante de Renta:** Si ☒ 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  |
|---------------------|--------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------|----------------|
| 2793-2025           | \$30.066.000             | \$5.011.000                          | 1-06-2024           | 30-11-2025           | NUEVO CONTRATO |
|                     |                          |                                      |                     |                      |                |

En constancia de lo anterior, se firma a los 14 días del mes de julio de 2025



Nombre: ALONSO RESTREPO SANCHEZ  
No. C. C. 18507611

EFFECTIVO LTDA.  
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

|                     |                      |            |                |
|---------------------|----------------------|------------|----------------|
| V. OS:              | 9594697411           | DV:        | 662114         |
| Cliente:            | 110263 PILA RECAUDO  |            |                |
| Fecha:              | 14/07/2025           | 13:05:18   |                |
| PAP:                |                      | 060000     |                |
| Identificacion:     |                      | 18507611   |                |
| Nombre:             |                      | ALONSO     |                |
| Apellido 1:         |                      | RESTREPO   |                |
| Apellido 2:         |                      | SANCHEZ    |                |
| TIPO DOCUMENTO:     | CEDULA DE CIUDADANIA |            |                |
| TELEFONO:           |                      | 0000000000 |                |
| Codigo Planilla:    |                      | 4612765185 |                |
| Periodo Pago:       |                      | 2025/07    |                |
| Valor Comision:     |                      | 0          |                |
| Valor Iva Comision: |                      | 0          |                |
| Referencia:         | 18507611             | Valor:     | \$1.000.200,00 |

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

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |  |                                |                           |    | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA                    |  |                          |  |            |  |                           |  |                  |  |
|---------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------|----|---------------------------------------------------|--|--------------------------|--|------------|--|---------------------------|--|------------------|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      |  | CÉDULA DE CIUDADANÍA           | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |    | 18507611                                          |  | NÚMERO PLANILLA:         |  | 4612765185 |  | TIPO DE PLANILLA:         |  | I-INDEPENDIENTES |  |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:                                                    |  | ALONSO RESTREPO SANCHEZ        |                           |    | PERIODO COTIZACIÓN OTROS                          |  | MES                      |  | julio AÑO  |  | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: |  | MES              |  |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         |  | DOSQUEBRADAS                   | DEPARTAMENTO:             |    | 2025                                              |  | DÍAS DE MORA:            |  | 0          |  | julio AÑO                 |  | 2025             |  |
| DIRECCIÓN:                                                                |  | PORTAL DEL PARQUE BL 4 APT 703 | TELÉFONO:                 |    | 3113844                                           |  | FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): |  | 2025/07/14 |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN:      |  | 9993330807       |  |
| TIPO APORTANTE:                                                           |  | 02-INDEPENDIENTE               | CLASE APORTANTE:          |    | I-INDEPENDIENTE                                   |  |                          |  |            |  |                           |  |                  |  |
| TIPO EMPRESA:                                                             |  | PRIVADA                        | ACTIVIDAD ECONOMICA:      |    | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |  |                          |  |            |  |                           |  |                  |  |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |  | ÚNICO                          |                           |    |                                                   |  |                          |  |            |  |                           |  |                  |  |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |  |                                |                           | NO |                                                   |  |                          |  |            |  |                           |  |                  |  |

| 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              | \$ 551.400 | \$ 0                | \$ 0      | \$ 0        | \$ 0         | \$ 0       | \$ 0 | \$ 551.400 | \$ 0 | \$ 551.400   |
| SUBTOTALES:             |                    |                |            |                     |           |             |              |            |      | \$ 551.400 | \$ 0 | \$ 551.400   |

| 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 |
| EPS037                | EPS037-NUEVA EPS | 1              |                            | \$ 0  |                     | \$ 0  |               | \$ 0  | \$ 430.800  | \$ 0        | \$ 0       | \$ 0        | \$ 430.800 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 430.800   |
| SUBTOTALES:           |                  |                |                            |       |                     |       |               |       |             |             |            |             | \$ 430.800 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 430.800   |

| 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 |
| 14-25                                 | 14-25-COLMENA | 1              |                     | \$ 0  | \$ 0                 |               | \$ 0  | \$ 18.000   | \$ 18.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 18.000    |
| SUBTOTALES:                           |               |                |                     |       |                      |               |       |             | \$ 18.000 | \$ 0 | \$ 0      | \$ 18.000    |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |         |                    |     |            |              |                     |              |                           |              |       |          |            |                  |             |          |              |              |       |            |               |      |        |              |             |                   |              |          |     |       |              |              |              |              |
|-------------------------------|----------------|-------------------------|------------------------------------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|--------------------|-----|------------|--------------|---------------------|--------------|---------------------------|--------------|-------|----------|------------|------------------|-------------|----------|--------------|--------------|-------|------------|---------------|------|--------|--------------|-------------|-------------------|--------------|----------|-----|-------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| DATOS DEL COTIZANTE           |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    | NOVEDADES |     |     |     |     |     |     |     |     |     | SEGURIDAD SOCIAL |     |     |     |     |     |     |         |                    |     |            |              |                     | PARAFISCALES |                           |              |       |          |            |                  |             |          |              |              |       |            |               |      |        |              |             |                   |              |          |     |       |              |              |              |              |
| 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 | PENSIÓN |                    |     |            |              | SALUD               |              |                           |              |       | ARP      |            |                  |             | DÍAS COT | IBC          | CCF          |       | SENA       | ICBF          | ESAP | MINEDU |              |             |                   |              |          |     |       |              |              |              |              |
|                               |                |                         |                                                |                   |                |                 |            |            |                    |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     | ADMIN   | DÍAS COT           | IBC | COTIZACIÓN | FSP          | APORTES VOLUNTARIOS |              | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC        | COTIZACIÓN       | VALOR ADRES |          |              | TOTAL APORTE | ADMIN |            |               |      |        | DÍAS COT     | IBC         | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1                             | CC 18507611    | RESTREPO SANCHEZ ALONSO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS |                   | \$ 3.445.700   |                 |            |            | NO                 |           |     |     |     |     |     |     |     |     |     |                  |     |     |     |     |     |     |         | 25-14 COLPENSIONES | 30  |            | \$ 3.445.700 | \$ 551.400          | \$ 0         | \$ 0                      | \$ 0         | \$ 0  | Normal   | \$ 551.400 | EPS037-NUEVA EPS | 30          |          | \$ 3.445.700 | \$ 430.800   | \$ 0  | \$ 430.800 | 14-25 COLMENA | 30   |        | \$ 3.445.700 | \$ 18507611 | \$ 18.000         |              | \$ 0     |     | \$ 0  | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         | \$ 0         |