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, septiembre 25 de 2025

AMPARO SABOGAL CEDEÑO, mayor de edad, vecina del municipio de Tuluá Valle, identificada con la cedula de ciudadanía número 31.198.241 de Tuluá Valle, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato **CD - DP - 432** de **2025** 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 **agosto 2025**, y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA**:

Planilla de Pago No.	8638090745
+ 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 2.024 (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 2.024 (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 - 432 - 2025	$30.066.000=	$5.011.000=	03/04/ 2024	30/09/2025	

En constancia de lo anterior, se firma por quien en ella intervino, a los veinticinco (25) días del mes de septiembre de 2025.

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

ASOPAGOS s.a.

CONSTANCIA DE PAGO

Período Pensión: 2025-08
Período Salud : 2025-08

Se certifica que en la fecha 2025-09-22 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
8638090745	I	2025-09-22	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

PAGO DE FACTURAS

BANCO DE OCCIDENTE

NUMERO TRANSACCION: 12304274
FECHA: 20/09/2025 HORA: 15:49:12
VENDEDOR: ADRIANA MORENO MARINES
TULUA
NIT: 8001807064

CODIGO SEGURIDAD
736427623&#%

PLANILLA ASISTIDA ASOPAGOS
REFERENCIA: 8601640814
NURA: 00001139
VALOR DEL PAGO: $263,300
FECHA APLICACION: 22/09/2025
FECHA DEL PAGO: 20/09/2025 HORA: 15:49:12
NRO AUTORIZACION: 046029
PUNTO DE RECAUDO: NULL

CORRESPONSAL BANCARIO PARA BANCO

DE OCCIDENTE. LA IMPRESI|SN DE ESTE

TIQUETE IMPLICA SU ACEPTACI|SN.

VERIFIQUE LA INFORMACI|SN. ESTE ES EL

|NICO RECIBO OFICIAL DE PAGO.

REQUERIMIENTOS 018000 512825 OPCI|SN 3

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	AMPARO SABOGAL CEDEÑO
IDENTIFICACIÓN:	CC-31198241
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-09-25
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-09-09
FECHA DE PAGO:	2025-09-22
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2025-08
PERÍODO SALUD:	2025-08
NÚMERO PLANILLA:	8638090745
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	$ 2.100	$ 250.600	$ 252.700
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.004.400	$ 0	$ 0	$ 100	$ 10.500	$ 10.600
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 2.200	$ 261.100	$ 263.300

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	09/10/2025