	Nombre del proceso/subproceso: Gestión Financiera	Código: FI-P02-F07
Defensoría del Pueblo COLOMBIA	DECLARACION JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL	Versión: 02
		Vigente desde: 29/02/2016

Ciudad _____Popayán_____ Fecha __Noviembre 20_____ de 2025

Yo, _____**IVONNE DANIELA MUÑOZ LOMAS** _____, C.C. No. ____1.061.784.387_____de ____Popayán_____, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-3271-2025** año 2025 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 NOVIEMBRE ____ del año __2025__ y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	**1077242442**	
Valor Pagado Salud	+	250.600.00
Valor Pagado Pensión	+	320.800.00
Valor Pagado A.R.L.	+	10.500.00
= Total Pago de Seguridad Social mensual	=	581.900.00
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 201___**. (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 201___**. (Art. 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☐ .

Declarante de Renta: **Si** ☐ **No** X .

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
CD-DP-3271-2025	$30.066.000	$5.011.000	01-06-2025	30-11-2025	

En constancia de lo anterior, se firma a los _____20_____ días del mes de Noviembre de 2025

Daniela Muñoz Lomas

Nombre: _IVONNE DANIELA MUÑOZ LOMAS ____
No. C. C. 1.061.784.387 Popayán

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.

Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-11-13, 02:52:02 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	noviembre de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	noviembre de 2025
Empresa	IVONNE DANIELA MUÑOZ LOMAS
CEDULA CIUDADANIA	CC 1061784387
Código Sucursal (Nombre)	( )
Referencia de Pago/ Número Planilla	1077242442
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1926307094
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	$ 581.900
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intéreses Mora
N800224808	230301	PORVENIR	1	$ 320.800	$ 0
N800251440	EPS005	SANITAS EPS	1	$ 250.600	$ 0
N860011153	14-23	POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	1	$ 10.500	$ 0
		SubTotales:		$ 581.900	$ 0
		Total a Pagar:			$ 581.900

Convert E-Sign Gmail attach... / Autoliquidac...2_Consolidado

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-11-13, 02:54:34 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1077242442

Periodo Cotización: noviembre de 2025 **Periodo Servicio:** noviembre de 2025

PAGADO 13/11/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	IVONNE DANIELA MUÑOZ LOMAS		
Documento	CC1061784387	**Dirección**	CR 6 #9 - 37 CENTRO
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	8316969
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	POPAYAN	**Departamento**	CAUCA
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificacion	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días ARP	Días AFP	Días APH	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
CC 1061784387	IVONNE DANIELA MUÑOZ LOMAS	59	00																	0	30	30	30	0	(230301) PORVENIR	$ 2.004.400	$ 320.800	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.004.400	$ 250.600	0,522	$ 2.004.400	$ 10.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 581.900

III.TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.004.400	$ 2.004.400	$ 2.004.400	$ 0	$ 320.800	$ 250.600	$ 10.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 581.900	$ 0	$ 581.900