	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 __Febrero 20_____ de 2.026

Yo, _____**JAIME ANDRÉS BONILLA VALLECILLA**_____, C.C. No. ____4.617.697_____de ____Popayán_____, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-141-2026** año_2026 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 __Febrero___ del año __2026__ y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	**6004532376**
Valor Pagado Salud	+ 273.700.00
Valor Pagado Pensión	+ 350.300.00
Valor Pagado A.R.L.	+ 11.500.00
= Total Pago de Seguridad Social mensual	= 635.500.00
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** ☒ 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
CD-DP-141-2026	$38.311.000.00	$5.473.000.00	22-01-2026	31-07-2026	

En constancia de lo anterior, se firma a los ____19_____ días del mes de Febrero de 2026



Nombre: _JAIME ANDRÉS BONILLA VALLECILLA
No. C. C. 4.617.697 de Pop.

Bancolombia

Comprobante en línea

13 Feb 2026 16:16:10

Pago PSE

Pago exitoso
CUS 60965357

Comercio
SOI ACH

Referencia 1
10.80.25.153

Fecha
13 Feb 2026 16:16:10

Referencia 2
CC

Número de factura
6004532376

Referencia 3
4617697

Descripción del pago
Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafisacales

Valor del Pago
$635.500

Número de comprobante
TR1614275357

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4561**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	4617697
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAIME ANDRES BONILLA VALLECILLA
CIUDAD/MUNICIPIO:	POPAYAN	DEPARTAMENTO:	CAUCA
DIRECCIÓN:	CRA 8 A #8-48	TELÉFONO:	3206644
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades jurídicas.
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6004532376**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	febrero
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/02/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	60965357		

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

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL				
			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 350.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 350.300**
SALUD				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A	1	$ 273.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 273.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
ADMINISTRADORA				
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 11.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 11.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 635.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 635.500**