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

Ciudad: VELEZ, MARZO 14 DE 2026

Yo, **SARA IDALID OLARTE ARIZA**, C.C. No. 28478388 de Vélez, en mi calidad de Contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato **No. CD-DP- 6842 – 2025** de la **Regional SANTANDER** 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 MARZO 14 DE 2026** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	8640554060
Valor Pagado Salud	$250.600.oo
Valor Pagado Pensión	oo
Valor Pagado A.R.L.	$10.500.oo
= Total Pago de Seguridad Social mensual	$261.100.oo
Es Pensionado	**Si** [X] **No** [ ] .

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 2023**___. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** [X] **No** [ ] .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Efectuó pagos a Medicina Prepagada durante **año 2025** (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
CD-DP-6842	$40.088.000.oo	$5.011.000.oo	01-12-2025	31/07/2026	

En constancia de lo anterior, se firma a los 14 días del **MES DE MARZO DE 2026.**

Nombre: SARA IDALID OLARTE ARIZA
No. C. C. 28.478.388

RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

OPERADOR DE INFORMACIÓN ASOPAGOS

Razón social: SARA IDALID OLARTE ARIZA **Identificación:** CC-28478388 **Código dependencia o sucursal:** 0 **Nombre dependencia o sucursal:** 0 **Fecha de generación del reporte:** 2026-03-12 **Periodo pensión:** 2026-03 **Periodo salud:** 2026-03 **Clase de planilla:** Asistida	**Sin pagar**

REFERENCIA DE PAGO (PIN)	TIPO DE PLANILLA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO	ESTADO
8653747903	I	$261.400	2026-04-24	Lista para pago en banco
8653747903	I	$261.100	2026-04-23	Lista para pago en banco
8640554060	I	$261.400	2026-04-24	Lista para pago en banco
8640554060	I	$261.100	2026-04-23	Lista para pago en banco

Ver Resumen
Descargar Detallado

Recuerde que los pagos realizados en horario adicional, se aplican para el siguiente día hábil.

Puntos de Recaudo:

Punto de pago puntored Jumbo easy Metro SPID refácil efecty grupo éxito SuperGIROS
Banco de Occidente DAVIVIENDA Banco de Bogotá Banco AV Villas Redeban Multicolor BANCO UNION

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9634235522 DV: 485082
Cliente:113237 PLANILLAS AVAL Aportes en Linea Arus Compensar Asopagos Single Mi Plan
Fecha: 14/03/2026 10:35:12
PAP: 904471
Nombre: SARA IDALID
Apellido 1: OLARTE ARIZA
NUM PLANILLA: 8640554060
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 28478388
PERIODO: 202603
Referencia: 8640554060Valor: $261.100,00

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

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	SARA IDALID OLARTE ARIZA
IDENTIFICACIÓN:	CC-28478388
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-03-17
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-04-23
FECHA DE PAGO:	2026-03-16
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-03
PERÍODO SALUD:	2026-03
NÚMERO PLANILLA:	8640554060
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8640554060
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS017	830003564	FAMISANAR	1	$ 2.004.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.600	$ 250.600
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 2.004.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 10.500	$ 10.500
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 261.100	$ 261.100

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	25/05/2026

Consorcio FOPEP
Fiduciaria Bancolombia • Fiduprevisora

CERTIFICADO VALOR PENSIÓN

EL CONSORCIO FOPEP

Hace constar

Que una vez verificada nuestra base de datos el(la) Señor(a) **OLARTE ARIZA SARA IDALID** identificado(a) con **CC 28478388**

Recibe mesadas pensionales, así

Concepto	Valor
JUBILACION NAL	$9,425,618.82

Los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se consignan por intermedio de FAMISANAR LTDA. .

Se expide a solicitud del interesado hoy **(26)** días del mes **(3)** del año **(2026)** Hora: **(10:03 am)**

Para corroborar los datos y la veracidad de este certificado, puede realizar la consulta en https://www.fopep.gov.co/validacion-de-certificados Citando el siguiente código: **sngj-6711-epwl-3792-CC**

ESTE CERTIFICADO NO REQUIERE FIRMA

Este certificado es informativo para el pensionado, para operaciones de crédito recomendamos verificar la identificación del usuario por parte de la entidad.