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

Bogotá D.C., 24 de abril de 2026

Yo, **ALBA CASTRO MENDEZ** C.C. No. 40758614 de Florencia, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. CD-DP-5911-2025 de la Regional BOGOTÁ, 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 ABRIL del año 2026 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	9501657366
Valor Pagado Salud	+$273.700
Valor Pagado Pensión	+$0
Valor Pagado A.R.L.	+11.500
= Total Pago de Seguridad Social mensual	=$285.200
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:

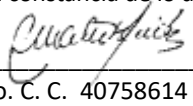
Hace Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art 126-1 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 2025**. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** [ ] **No** [X] .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** [ ] **No** [XX] .
Efectuó pagos a Medicina Prepagada durante **año 2025**. (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-5911-2025	$43.784.000	$5.473.000	01/12/2025	31/07/2026	

En constancia de lo anterior, se firma a los 24 días del mes de abril de 2026



_____

No. C. C. 40758614

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40758614		CASTRO MENDEZ ALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	avenida calle 19 No. 5-30 apto 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3577742	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	59712834	9501657366	I	2026/05/06	2026/04/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$285,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$2,189,200	$273,700			$0	$0			$2,189,200	$11,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$0	$0			$2,189,200	$273,700			$0	$0			$2,189,200	$11,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$0	$0			$2,189,200	$273,700			$0	$0			$2,189,200	$11,500		$0	$0
1	CC	40758614	CASTRO ALBA		0	$0	$0	EPS001	30	$2,189,200	$273,700		0	$0	$0	14-11	30	$2,189,200	$11,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$0	$0			$2,189,200	$273,700			$0	$0			$2,189,200	$11,500		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 40758614		CASTRO MENDEZ ALBA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	avenida calle 19 No. 5-30 apto 903	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3577742	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	59712834	9501657366	I	2026/05/06	2026/04/17	BANCO DE OCCIDENTE	0	$285,200

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,500	$0	$0	$11,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$11,500	$0	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$273,700	$0	$0	$273,700
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$273,700	$0	$0	$273,700
TOTAL				**1**	**$285,200**	**$0**	**$0**	**$285,200**

RADICADO 2023_40758614

GERENCIA DE DETERMINACIÓN DE DERECHOS
DIRECCIÓN DE NÓMINA DE PENSIONADOS
CERTIFICACION PENSIÓN

Que revisada la nómina de Pensionados de la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**, al señor(a) **ALBA CASTRO MENDEZ** identificado(a) con **Cédula de Ciudadanía** No. **40758614** y número de Afiliación **940758614100**, esta Administradora mediante resolución No. **164499** de **2016** le concedió pensión de **JUB POR APORTES LEY 71 Vitalicia** registrando fecha de ingreso a nómina **Junio** de **2016.**

Estado: **ACTIVO**.

Se expide a solicitud del interesado(a) en Bogotá , el día 08 de julio de 2025.

DORIS PATARROYO PATARROYO
Directora de Nómina de Pensionados

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA