| | | |
|---|---|---|
| Defensoría del Pueblo COLOMBIA | **Nombre del proceso/subproceso: Gestión Financiera** | Código: FI-P02-F07 |
| | **DECLARACION JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL** | Versión: 02 |
| | | Vigente desde: 01/06/2019 |

Yopal, Abril 23 de 2026

**CD-DP-7171-2025**

Yo, **GLADYS ROA PINEDA** C.C. No. 46.360.747 de Sogamoso, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-7171-2025** de la Regional Casanare, 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.** | **6017047639** |
| **Valor Pagado Salud** | $ 273.700 |
| **Valor Pagado Pensión** | |
| **Valor Pagado A.R.L.** | $ 11.500 |
| **= Total Pago de Seguridad Social mensual** | $ 285.200 |
| **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.) | **No** [x] **Si** |
| Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.) | **No** [X] **Si** |
| Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 2017**. (Artículos 119 y 387 E.T.) | **No** [ ] **Si** [X] |
| Tiene dependientes (Art. 387 E.T.) | **No** [ ] **Si** [X] |
| Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 2017**. (Art. 387 E.T.) | **No** [X] **Si** |

**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 |
|---|---|---|---|---|---|
| 7171-2025 | $43.784.000,00 | $5.473.000 | 01-12-2025 | 31-07-2026 | |

En constancia de lo anterior, se firma a los veintitrés (23) días del mes de abril de 2026.

Nombre:

Gladys Roa P

C. C. No. 46.360.747 de Sogamoso

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 46360747 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | GLADYS ROA PINEDA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOGAMOSO | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CLL 24 N 12 - 16 | TELÉFONO: | 7733567 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **6017047639** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | mayo | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | mayo | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/04/23 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 248312203 | |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 273.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 273.700 | $ 0 | $ 0 | $ 273.700 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 273.700** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 273.700** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 11.500 | $ 11.500 | $ 0 | $ 0 | $ 11.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 11.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 11.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| 1 | CC 46360747 | ROA PINEDA GLADYS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | INDEMN SUST/DEV SALDOS | $ 2.189.200 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 2.189.200 | $ 273.700 | $ 0 | $ 273.700 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A | 30 | $ 2.189.200 | 46360747 | $ 11.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 285.200**

Planilla Pagada

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones
y Cesantías Porvenir S.A. Nit 800-144-331-3

porvenir
sólo hay uno

**LA SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.**

**INFORMA:**

Que en esta Sociedad Administradora se le realizó Devolución de Saldos por SOLICITUD POR DEVOLUCIÓN DE SALDOS VEJEZ NORMAL al(a) Señor(a) GLADYS ROA PINEDA, identificado(a) con Documento No. 46,360,747, por las siguientes sumas:

| Fecha | Descripción | Valor |
|---|---|---|
| Ene.15/24 | DEVOLUCION_SALDOS | [redacted] |
| Oct.17/23 | DEVOLUCION_SALDOS | |
| Ago.31/23 | DEVOLUCION_SALDOS | |
| Jun.26/23 | DEVOLUCION_SALDOS | |

Así las cosas el(la) Señor(a) GLADYS ROA PINEDA, no se encuentra pensionado(a) por Vejez, Invalidez o Sobrevivencia en esta Sociedad Administradora.

Se expide la presente certificación a solicitud del(a) interesado(a), a los 02 días del mes de Septiembre de 2024.

Cordialmente,

Gerente de Clientes



Scanned with CamScanner