

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

Cali Valle, 17 de Abril de 2026

Yo, **MARIA CONSTANZA HERRERA ROJAS** C.C. No. **66.710.945** de Tuluá, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-5509** año **2025** de la Regional **VALLE DEL 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 **MARZO** del año **2026** y pertenecen al contrato materia de pago **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

|                                          |                                                                    |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Planilla de Pago No.                     | <b>71114326</b>                                                    |
| Valor Pagado Salud                       | <b>\$273.700</b>                                                   |
| Valor Pagado Pensión                     | <b>\$350.300</b>                                                   |
| Valor Pagado A.R.L.                      | <b>\$ 11.500</b>                                                   |
| = Total Pago de Seguridad Social mensual | <b>\$635.500</b>                                                   |
| Es Pensionado                            | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |

**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 <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |
| Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)                                                         | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |
| Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el año <b>2024</b> _____. (Artículos 119 y 387 E.T.) | Si <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> |
| Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)                                                                                                              | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante año <b>2024</b> _____. (Art. 387 E.T.)                                                              | Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |

Declarante de Renta: Si ☒ 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 |
|------------------------|--------------------------|--------------------------------------|---------------------|----------------------|---------------|
| <b>CD-DP-5509-2025</b> | <b>\$ 54.730.000,00</b>  | <b>\$ 5.473.000,00</b>               | <b>01/10/2025</b>   | <b>31/07/2026</b>    |               |

En constancia de lo anterior, se firma a los diecisiete (17) días del mes de Abril de 2026.



Nombre: \_\_\_\_\_

**MARIA CONSTANZA HERRERA ROJAS**

C. C. No. 66.710.945 de Tuluá

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |                                  |                 |                                  |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|----------------------------------|-----------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              | DIRECCIÓN                        | TELÉFONO        | CORREO                           | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC                  | 66710945          | MARIA CONSTANZA HERRERA ROJAS | AVENIDA 3 NORTE 22 N 71 APTO 201 | 6023075725      | mariacostanzaherrera@hotmail.com |                                     |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO                           | DEPARTAMENTO    | CIUDAD / MUNICIPIO               |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |                                  | VALLE DEL CAUCA | CALI                             |                                     |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 71114326        | 15/04/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                           | I               | \$0                      | \$636.100          |              |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

| TOTALES SALUD |                      |             |                        |               |                  |       |                     |       |           |                       |                |               |               |
|---------------|----------------------|-------------|------------------------|---------------|------------------|-------|---------------------|-------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código EPS    | Nombre               | NIT         | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades    |       | Licencia Maternidad |       | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|               |                      |             |                        |               | No. Autorización | Valor | No. Autorización    | Valor |           |                       |                |               |               |
| EPS012        | Comfenalco Valle EPS | 890303093-5 | 273.700                | 0             |                  | 0     |                     | 0     | 1         | 200                   | 0              | 273.900       | 1             |

| TOTALES PENSIÓN |          |             |                        |                            |                             |                          |                           |           |                       |                |               |               |
|-----------------|----------|-------------|------------------------|----------------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-----------|-----------------------|----------------|---------------|---------------|
| Código AFP      | Nombre   | NIT         | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
| 230301          | Porvenir | 800224808-8 | 350.300                | 0                          | 0                           | 0                        | 0                         | 1         | 300                   | 0              | 350.600       | 1             |

| TOTALES RIESGOS LABORALES |                  |             |                        |                  |       |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
|---------------------------|------------------|-------------|------------------------|------------------|-------|------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|---------------------|----------------------------|---------------------|-------------------|---------------|---------------|
| Código ARL                | Nombre           | NIT         | Cotización Obligatoria | Incapacidades    |       | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|                           |                  |             |                        | No. Autorización | Valor |                        |                       |           |                       |                     |                            |                     |                   |               |               |
| 14-23                     | Positiva Seguros | 860011153-6 | 11.500                 |                  |       |                        | 11.500                | 1         | 100                   | 11.600              |                            |                     | 115               | 11.600        | 1             |

| TOTALES CAJAS |        |     |              |           |                   |               |               |
|---------------|--------|-----|--------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Código CCF    | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |

| TOTALES PARAFISCALES |           |                   |               |               |
|----------------------|-----------|-------------------|---------------|---------------|
| Valor Aporte         | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
| SENA                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ICBF                 |           |                   |               |               |
| 0                    | 1         | 0                 | 0             | 0             |
| ESAP                 |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |
| MEN                  |           |                   |               |               |
|                      |           |                   |               |               |

| TOTALES POR SUBSISTEMA |                                |                                     |               |
|------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|---------------|
| Tipo Administradora    | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
| Salud                  | 1                              | 273.700                             | 273.900       |
| Pensión                | 1                              | 350.300                             | 350.600       |
| Riesgos Laborales      | 1                              | 11.500                              | 11.600        |
| CCF                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| ESAP                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| ICBF                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| MEN                    | 0                              | 0                                   | 0             |
| SENA                   | 0                              | 0                                   | 0             |
| TOTALES                | 3                              | 635.500                             | 636.100       |

| DATOS DEL APORTANTE |                   |                               |        |                                  |                    |                                     |
|---------------------|-------------------|-------------------------------|--------|----------------------------------|--------------------|-------------------------------------|
| TIPO                | NÚMERO            | NOMBRE APORTANTE              |        | DIRECCIÓN                        | TELÉFONO           | CORREO                              |
| CC                  | 66710945          | MARIA CONSTANZA HERRERA ROJAS |        | AVENIDA 3 NORTE 22 N 71 APTO 201 | 6023075725         | mariaconstanzaherrera@hotmail.com   |
| FORMA PRESENTACIÓN  | CLASE APORTANTE   | NOMBRE SUCURSAL               | CÓDIGO | DEPARTAMENTO                     | CIUDAD / MUNICIPIO |                                     |
| ÚNICA               | I – Independiente |                               |        | VALLE DEL CAUCA                  | CALI               |                                     |
|                     |                   |                               |        |                                  |                    | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
|                     |                   |                               |        |                                  |                    | NO                                  |

| DATOS DE LA PLANILLA |                                   |                 |                          |                    |              |
|----------------------|-----------------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------|
| PLANILLA ASOCIADA    | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
|                      |                                   | 71114326        | 15/04/2026               | 1                  | 0            |
| PERIODO SALUD        | PERIODO PENSIÓN                   | TIPO PLANILLA   | TOTAL NÓMINA             | TOTAL A PAGAR      |              |
| 2026-03              | 2026-03                           | I               | \$0                      | \$636.100          |              |

| DETALLE POR COTIZANTE |                                       |                                  |           |         |            |                  |                       |     |     |     |     |     |     |         |    |     |     |     |     |     |       |            |             |           |                   |            |                        |                         |                                      |                                       |          |           |              |                           |          |           |      |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
|-----------------------|---------------------------------------|----------------------------------|-----------|---------|------------|------------------|-----------------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|---------|----|-----|-----|-----|-----|-----|-------|------------|-------------|-----------|-------------------|------------|------------------------|-------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|----------|-----------|--------------|---------------------------|----------|-----------|------|------------|---------------|---------|------|---------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|---------------|---|
| INFORMACIÓN COTIZANTE |                                       |                                  |           |         |            |                  | INFORMACIÓN NOVEDADES |     |     |     |     |     |     | PENSIÓN |    |     |     |     |     |     | SALUD |            |             |           | RIESGOS LABORALES |            |                        |                         | CCF                                  |                                       |          |           | PARAFISCALES |                           |          |           |      |            |               |         |      |               |                           |                |                |                |               |   |
| No.                   | Tipo y<br>Número de<br>Identificación | Apellidos y Nombres              | Cotizante | Saludgo | Extranjero | Columna anterior | Exonerado             | ING | RET | TDE | TAE | TAP | USP | VST     | SN | ICE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL   | CORRECCION | Cód.<br>AFP | IBC AFP   | Días              | Cotización | Voluntario<br>Afiliado | Voluntario<br>Aportante | Fondo<br>pensional de<br>solidaridad | Fondo<br>pensional de<br>subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS   | Días         | Cotización /<br>Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL   | Días | Cotización | Código<br>CCF | IBC CCF | Días | Aporte<br>CCF | IBC otros<br>parafiscales | Aporte<br>SENA | Aporte<br>ICBF | Aporte<br>ESAP | Aporte<br>MEN |   |
| 1                     | CC 66710945                           | HERRERA ROJAS MARIA<br>CONSTANZA | 59        | 0       |            | N                |                       |     |     |     |     |     |     |         |    |     |     |     |     |     |       |            | 230301      | 2.189.200 | 30                | 350.300    | 0                      | 0                       | 0                                    | 0                                     | EPS012   | 2.189.200 | 30           | 273.700                   | 14-23    | 2.189.200 | 30   | 1          | 11.500        |         | 0    | 0             | 0                         | 0              | 0              | 0              | 0             | 0 |

PAGADA

La empresa **MARIA CONSTANZA HERRERA ROJAS**, identificada con **CC** número **66710945**, aportó por **MARIA CONSTANZA HERRERA ROJAS** identificado(a) con **CC** número **66710945** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 03 - 2026 de la siguiente forma.

| CODIGO | NOMBRE ADMINISTRADORA        | COTIZANTE | I<br>N<br>G | R<br>E<br>D | T<br>A<br>D | T<br>A<br>P | V<br>S<br>T | S<br>L<br>N | I<br>G<br>M | L<br>A<br>C | V<br>A<br>P | V<br>C<br>T | I<br>R<br>P | CORRECCIÓN | DÍAS | IBC         | TARIFA APOORTE | COTIZACIÓN Y/O APOORTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | PERIODO      | NÚMERO DE PLANILLA | FECHA DE PAGO | EXONERADO |
|--------|------------------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------|-------------|----------------|------------------------|-----------------|------------------|--------------|--------------------|---------------|-----------|
| EPS012 | Comfenalco valle E.P.S.      | 59        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             | 0           |            | 30   | \$2,189,200 | 0.12500        | \$273,700              | \$0             | \$0              | Marzo - 2026 | 71114326           | 15/04/2026    | NO        |
| 230301 | Porvenir                     | 59        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             | 0           |            | 30   | \$2,189,200 | 0.16000        | \$350,300              | \$0             | \$0              | Marzo - 2026 | 71114326           | 15/04/2026    | NO        |
| 14-23  | POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | 59        |             |             |             |             |             |             |             |             |             |             | 0           |            | 30   | \$2,189,200 | 0.00522        | \$11,500               | \$0             | \$0              | Marzo - 2026 | 71114326           | 15/04/2026    | NO        |

PAGADA

El presente certificado se expide a los **15** días del mes **Abril** de **2026**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.