	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

Santiago de Cali, abril 07 de 2026

Yo, PAULINA SALINAS DIAZ, C.C. No. 41.632.565 de BOGOTA, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. 4410 del 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 delos 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 DICIEMBRE del año 2025 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	1080242196
Valor Pagado Salud	$ 250.600
Valor Pagado Pensión	000.000
Valor Pagado A.R.L.	21.000
= Total Pago de Seguridad Social mensual	$ 271.600
Es Pensionado	**S** [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.)	**S** [ ] **No** [X] .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**S** [ ] **No** [X] .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 2022**____. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**S** [ ] **No** [X] .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**S** [ ] **No** [X] .
Efectuó pagos a Medicina Prepagada durante **año 2022**. (Art. 387 E.T.)	**S** [ ] **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 contra to	Valor total del Contrato	Valor a pagar en el mes incluido IVA	Fecha de iniciación	Fecha de terminación	Observaciones
4410-2025	$ 50.110.000	$5.011.000	01-10-25	31-07-26	

En constancia de lo anterior, se firma a los SIETE (7) días del mes de ABRIL de 2026



Nombre: PAULINA SALINAS DIAZ

No. C. C. 41.632.565

PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-04-07, 09:45:23 PM **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1080242196

Periodo Cotización 202604 **Periodo Servicio** 202604

Cliente:

PAGADA 2026-04-07 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	PAULINA SALINAS DIAZ				
Documento	CC 41632565	**Dirección**	CL 3 #63 - 34 APTO 304 B-2		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3182032607		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	CALI	**Departamento**	VALLE DEL CAUCA		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 41632565		Residente		Exonerado	N	**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	59	04					SALINAS DIAZ PAULINA	76001000 - 76		VALLE DEL CAUCA

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																					**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF				**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
														0	0	30	30	0			$ 2.004.400	NIN-AF		0 %	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	EPS005		12,5 %	$ 2.004.400	$ 250.600	$ 0	14-23	2	1,044 %	$ 2.004.400	$ 21.000	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
NINGUNA AFP	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	EPS SANITAS	POSITIVA DE SEGUROS	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 0	$ 0	$ 0	$ 250.600	$ 21.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 271.600

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Bogotá, 07 de abril de 2026

Apreciado usuario,
Le informamos que hemos recibido satisfactoriamente su Planilla Integrada a través de PAGOSIMPLE.

A continuación relacionamos los datos de confirmación:

Información de la empresa:

Razón Social: PAULINA SALINAS DIAZ

Documento de Identidad: CC 41632565

Usuario: PAULINA SALINAS

Teléfono: 3182032607

Número de Planilla: 1080242196

Fecha de Recepción: 07 de abril de 2026

Periodo de Cotización: 2026-04

Información relacionada a Salud

Administradora: EPS005 - SANITAS EPS
Número de empleados: 1
Valor: $250.600

Información relacionada a Riesgos

Administradora: 14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS
Número de empleados: 1
Valor: $21.000

Total Pagado: $271.600

Codialmente,

SERVICIO AL CLIENTE
SIMPLE S.A.
¡Más que fácil, SIMPLE! ®
FonoSIMPLE:Teléfonos Bogotá: 343 2949 - Cali: 554 0515 - Medellín: 514 6669 - Bucaramanga: 643 8000 - Cartagena: 694 5444 - Pereira: 340 2582 -Barranquilla: 361 88 50 - Resto del país: 018000 971 971Chat www.pagosimple.com/portal/chat;de Lunes a Viernes de 7:00 am a 7:00 pm y sábados de 8:00 am a 1:00 pm.O déjenos su mensaje en nuestro formulario de contacto en www.pagosimple.com/portal/contactenos.