



NOMBRE DEL PROCESO/SUBPROCESO: GESTIÓN FINANCIERA

Código: FI-P02-F07

DECLARACIÓN JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL

Version: 02

Vigente desde: 29/02/2016

Cali Valle, mayo 27 de 2026

AMPARO SABOGAL CEDEÑO, mayor de edad, vecina del municipio de Tuluá Valle, identificada con la cedula de ciudadanía número 31.198.241 de Tuluá Valle, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato **CD - DP - 4906 de 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 **abril 2026**, y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	8641459456
+ Valor Pagado Salud	\$ 250.600=
+ Valor Pagado Pensión	\$ 0=
+ Valor Pagado A.R.L.	\$ 10.500=
= Valor Total Seguridad Social	\$ 261.100=
Pensionado	SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

OTRAS DEDUCCIONES (BENEFICIO TRIBUTARIO) A TENER EN CUENTA PARA DISMINUIR AÚN MÁS LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE, ADJUNTE LOS DOCUMENTES (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 ET)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el año 2025 (Arts. 119 y 387 E.T)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Tiene dependientes (Art 387 E.T.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante el año 2025 (Art 387 E.T.)	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" 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 Inicio	Fecha de terminación	Observaciones
CD - DP - 4906 - 2025	\$50.110.000=	\$5.011.000=	01/10/ 2025	31/07/2026	

En constancia de lo anterior, se firma por quien en ella intervino, a los veintisiete (27) días del mes de mayo de 2026.


AMPARO SABOGAL CEDEÑO.
C.C.No/31.198.241 de Tuluá Valle.

Se certifica que en la fecha 2026-05-27 la empresa AMPARO SABOGAL CEDEÑO con documento de identificación CC 31198241 sucursal 0, canceló los aportes de seguridad social correspondientes al cotizante SABOGAL CEDEÑO AMPARO identificado con CC-31198241, dirigido a las siguientes entidades administradoras:

Datos Aportante				
Identificación		Razón Social		
CC-31198241		AMPARO SABOGAL CEDEÑO		
Datos Planilla				
Número Planilla	Tipo Planilla	Fecha de Pago	Tarifa Riesgos Laborales	
8641459456	I	2026-05-27	0,00522	
Datos Administradoras				
Tipo	NIT	Código	Nombre	Días
EPS	900156264	EPS037	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.	30
ARL	860011153	14-23	ARL - POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	30

EFFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9644417457 DU: 839427
Cliente: 113237 PLANTILLAS AVAL Aportes en
Linea Arus Compensar Asupagos Simple Mi
Plan
Fecha: 26/05/2026 16:07:01
PAP: 911735
Nombre: amparo
Apellido 1: saboya cedeño
NOM PLANILLO: 8601640814
TIPO DE IDENTIFICACION: CEDULA DE
CIUDADANIA
NUMERO IDENTIFICACION: 31198241
PERIODO: 202604
Referencia: 8601640814 Valor: \$264.000,00

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

RAZÓN SOCIAL :	AMPARO SABOGAL CEDEÑO
IDENTIFICACIÓN:	CC-31198241
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2026-05-27
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2026-05-12
FECHA DE PAGO:	2026-05-27
ENTIDAD DE PAGO:	BANCO DE OCCIDENTE
PERÍODO PENSIÓN:	2026-04
PERÍODO SALUD:	2026-04
NÚMERO PLANILLA:	8641459456
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	8601640814
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS037	900156264	NUEVA E.P.S. S.A.	1	\$ 2.004.400	\$ 0	\$ 0	\$ 2.700	\$ 250.600	\$ 253.300
14-23	860011153	POSITIVA	1	\$ 2.004.400	\$ 0	\$ 0	\$ 200	\$ 10.500	\$ 10.700
Total a pagar					\$ 0	\$ 0	\$ 2.900	\$ 261.100	\$ 264.000

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	10/06/2026
----------------------------------	------------