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

Bogotá D.C. 27 de Mayo 2026

Yo, **CELIA MONTENEGRO DELGADO**, **C.C. No. 52.128.395 de Bogotá**, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-6491-2025** de la Regional Bogotá D.C., 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 **MAYO del año 2026** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

| | |
|---|---|
| **Planilla de Pago No.** | **6017105817** |
| **Valor Pagado Salud** | $ 250.600 |
| **Valor Pagado Pensión** | $ 320.800 |
| **ValorPagado A.R.L.** | 10.500 |
| **=TotalPagode Seguridad Socialmensual** | $ 581.900 |
| **Es Pensionado** | \| \| \| \| . |

**OTRAS DEDUCCIONES(BENEFICIO TRIBUTARIO) ATENER EN CUENTA PARA DISMINUIR AÚN MÁS LABASE DE LARETENCIÓN EN LA FUENTE, ADJUNTE LOS DOCUMENTOS (POR UNA SOLA VEZ AL AÑO) CITADOS A CONTINUACIÓN:**

| | |
|---|---|
| Hace Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art126-1E.T.) | **S** \| \| **No** \| **X** \| . |
| Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomentodela Construcción – AFC(Art 126-4 E.T.) | **S** \| \| **No** \| **X** \| . |
| Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financierode Leasing Habitacional durante el **año 201**. (Artículos 119 y 387 E.T.) | **S** \| \| **No** \| **X** \| . |
| Tiene dependientes (Art. 387E.T.) | \| \| \| \| . |
| Efectuó pagos a Medicina Pre pagadadurante **año 201**_____. (Art. 387 E.T.) | \| \| \| \| . |

**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 | Valora pagar en el mes incluido IVA | Fecha de iniciación | Fecha de terminación | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| CD-DP-6491-2025 | $ 40.088.000 | $ 5.011.000 | 01-12-2025 | 31-07-2026 | |
| | | | | | |

En constancia de lo anterior, se firma el 27 de Mayo de 2026.

Nombre: CELIA MONTENEGRO DELGADO
No. C. C. 52.128.395 de Bogotá

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52128395 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CELIA MONTENEGRO DELGADO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 110 BIS 70 F 56 | TELÉFONO: | 4423776 |
| 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: | | | **6017105817** | 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): | | | 2026/05/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | | | 340386855 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 320.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 320.800 | $ 0 | $ 320.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 320.800** | **$ 0** | **$ 320.800** |

**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 |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 250.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 250.600 | $ 0 | $ 0 | $ 250.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 250.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 250.600** |

**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 |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 10.500 | $ 10.500 | $ 0 | $ 0 | $ 10.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 10.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 10.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS 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 | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52128395 | MONTENEGRO DELGADO CELIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.004.400 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.004.400 | $ 320.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 320.800 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 2.004.400 | $ 250.600 | $ 0 | $ 250.600 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 2.004.400 | 52128395 | $ 10.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 581.900**

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52128395 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CELIA MONTENEGRO DELGADO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | DEPARTAMENTO: | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL |
| DIRECCIÓN: | CRA 110 BIS 70 F 56 | TELÉFONO: | 4423776 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **6017105817** | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | mayo |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/05/27 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 340386855 |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 9003360047 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 320.800 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 320.800** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8001309074 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 250.600 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 250.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002261753 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | $ 10.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 10.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 581.900** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 581.900** |

Planilla Pagada