| | 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 |

Tunja, octubre de 2026

Yo, DENIS AMPARO RESTREPO AGUDELO, C.C. No. 30.331.454 de Manizales, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-3334-2026** de la Regional BOYACA, 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 OCTUBRE del año 2026 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

| | |
|---|---|
| **Planilla de Pago No.** | 6037616796 |
| **Valor Pagado Salud** | + $ 273.700 |
| **Valor Pagado Pensión** | + $ 350.300 |
| **Valor Pagado A.R.L.** | + $ 11.500 |
| **= Total Pago de Seguridad Social mensual** | = $ 635.500 |
| **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.) | **Si** ☐ **No** x . |
| Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.) | **Si** ☐ **No** X . |
| Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 201___**. (Artículos 119 y 387 E.T.) | **Si** ☐ **No** X . |
| Tiene dependientes (Art. 387 E.T.) | **Si** ☐ **No** X . |
| Efectuó pagos a Medicina Prepagada durante **año 201___**. (Art. 387 E.T.) | **Si** ☐ **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 contrato | Valor total del Contrato | Valor a pagar en el mes incluido IVA | Fecha de inicio | Fecha de terminación | Observaciones |
|---|---|---|---|---|---|
| CD-DP- | $ 27.365.000 | $ 2.918.933 | 01/agosto/ 26 | 31/diciembre/26 | REGIMEN SIMPLIFICADO |
| 3334-2026 | | | | | |

En constancia de lo anterior, se firma a los nueve (09) días del mes de octubre de 2026.

Denis Amparo Restrepo Agudelo

Nombre: _____

C. C. 30.331.454 Manizales

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 30331454 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DENIS AMPARO RESTREPO AGUDELO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOGAMOSO | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 11 # 22 - 127 APTO 501 | TELÉFONO: | 3174357 |
| 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: | **6037616796** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | octubre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2026 | SALUD: | AÑO: | 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/10/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 727005108 |

## 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 | $ 350.300 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 350.300** |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002514406 | EPS005 | EPS005-SANITAS S.A | 1 | $ 273.700 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 273.700** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 8002261753 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | $ 11.500 |
| | | **SUBTOTAL:** | 1 | **$ 11.500** |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 635.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 635.500** |

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CÉDULA DE CIUDADANÍA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 30331454 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | DENIS AMPARO RESTREPO AGUDELO | |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SOGAMOSO | DEPARTAMENTO: | BOYACA |
| DIRECCIÓN: | CARRERA 11 # 22 - 127 APTO 501 TORRE B | TELÉFONO: | 3174357 |
| 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: | | **6037616796** | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | octubre | AÑO 2026 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | octubre | AÑO 2026 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2026/10/09 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 727005108 | |

**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 | $ 350.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 350.300 | $ 0 | $ 350.300 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 350.300** | **$ 0** | **$ 350.300** |

**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 |
| 14-25 | 14-25-COLMENA | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 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 30331454 | RESTREPO AGUDELO DENIS AMPARO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 2.189.200 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 2.189.200 | $ 350.300 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 350.300 | EPS005-SANITAS S.A | 30 | $ 2.189.200 | $ 273.700 | $ 0 | $ 273.700 | 14-25-COLMENA | 30 | $ 2.189.200 | 30331454 | $ 11.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

**TOTAL PAGADO: $ 635.500**

Planilla Pagada