DECLARACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL		LAS CEIBAS EMPRESAS PÚBLICAS DE NEIVA E.S.P	
Proceso: Gestión De Contratación	***Vigente desde:*** 09/06/2025	***Código:*** GCT–FR–59	***Versión:*** 01

Neiva, septiembre de 2026

Señores,
LAS CEIBAS EMPRESAS PÚBLICAS DE NEIVA E.S.P.
Ciudad

ASUNTO: DECLARACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL POR CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS.

Yo, **CLAUDIA ISABEL CORDOBA PASTRANA**, identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1.075.290.910 de Neiva (H) en calidad de futuro contratista por prestación de servicios personales con Las Ceibas Empresas Públicas de Neiva E.S.P., y en cumplimiento de lo dispuesto en la Ley 2381 de 2024, el Decreto 0514 de 2025 y la Resolución 467 de 2025, manifiesto lo siguiente:

1. **Sobre la modalidad de pago de aportes:**

   A. **Asumo personalmente** el pago de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (Salud, Pensión y Riesgos Laborales), conforme a lo previsto en el artículo 2.2.4.18.7 del Decreto 0514 de 2025.

2. **Declaración bajo juramento:**
   Reconozco que, como contratista por prestación de servicios, no existe vínculo laboral ni subordinación con Las Ceibas Empresas Públicas de Neiva E.S.P., por lo cual mi afiliación y cotización al Sistema de Seguridad Social Integral se realiza en calidad de trabajador independiente, con base en los lineamientos legales vigentes.

3. **Compromisos específicos:**
   Declaro conocer y aceptar que deberé cotizar sobre un ingreso base de cotización no inferior al 40% del valor mensual del contrato, según lo dispuesto en el Decreto 3085 de 2019. Me comprometo a efectuar el pago completo y oportuno de los aportes, y entiendo que cualquier omisión me expone a sanciones administrativas, fiscales y penales, incluyendo retención de pagos, requerimientos de la UGPP y acciones judiciales.

4. **Autorización para verificación:**
   Autorizo a Las Ceibas Empresas Públicas de Neiva E.S.P. para verificar mi afiliación y pago de aportes durante la ejecución contractual, y me comprometo a remitir los soportes que se requieran.

Esta declaración podrá ser utilizada como prueba en actuaciones administrativas, fiscales o judiciales que se deriven del contrato o del cumplimiento de las obligaciones legales relacionadas con la seguridad social.

En constancia de lo anterior, firmo la presente declaración bajo la gravedad de juramento:

Atentamente,

Firma: CLAUDIA CORDOBA PASTRANA.
Nombre completo: **CLAUDIA ISABEL CORDOBA PASTRANA**

C.C. No. 1.075.290.910 de Neiva (H)