Defensoría del Pueblo Colombia	**DECLARACION JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL**	Código: FI-P02-F07
		Versión: 02
		Vigente desde: 09/02/2016

Bogotá D.C. 12 de Diciembre 2022

Yo, **SAMUEL HERNANDO RODRIGUEZ CASTILLO**, C.C. No. **79.563.109** de Bogotá, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. DP-1008-2019 de la Regional Bogotá, 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 **DICIEMBRE** del año **2022** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	9444074705
Valor Pagado Pensión	$344.300.000
Valor Pagado Salud	$269.000
Valor Pagado A.R.L.	$11.300
= Total Pago de Seguridad Social mensual	**$624.600**
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 Pre pagada 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 iniciación	Fecha de terminación	Observaciones
CD-DP-3099-2022	$37.649.556,00	$5.378.508.00	01/12/2022	30/06/2023	

En constancia de lo anterior, se firma a los DOCE (12) días del mes de Diciembre de 2022.



Nombre: _____

SAMUEL HERNANDO RODRIGUEZ CASTILLO
No. C.C. 79.563.109 Bogotá

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79563109		RODRIGUEZ CASTILLO SAMUEL HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 157 14A 81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6961146	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	1804431104	9444074705	I	2023/01/03	2022/12/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$624,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,151,404	$344,300			$2,151,404	$269,000			$0	$0			$2,151,404	$11,300		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,151,404	$344,300			$2,151,404	$269,000			$0	$0			$2,151,404	$11,300		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$2,151,404	$344,300			$2,151,404	$269,000			$0	$0			$2,151,404	$11,300		$0	$0
1	CC 79563109	RODRIGUEZ SAMUEL	25-14	30	$2,151,404	$344,300	EPS017	30	$2,151,404	$269,000		0	$0	$0	14-25	30	$2,151,404	$11,300	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,151,404	$344,300			$2,151,404	$269,000			$0	$0			$2,151,404	$11,300		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79563109		RODRIGUEZ CASTILLO SAMUEL HERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 157 14A 81	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6961146	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2022-12	2022-12	1804431104	94440174705	I	2023/01/03	2022/12/12	BANCO DAVIVIENDA	0	$624,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$344,300	$0	$0	$344,300
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$344,300	$0	$0	$344,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,300	$0	$0	$11,300
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$11,300	$0	$0	$11,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$269,000	$0	$0	$269,000
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$269,000	$0	$0	$269,000
TOTAL				1	$624,600	$0	$0	$624,600