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

Armenia, 23 de marzo de 2023

Señores
DEFENSORÍA DEL PUEBLO
Subdirección Financiera
Bogotá, D.C.

Yo, **ALONSO ENRIQUE OROZCO MORALES**, C.C. No.7.552.982 de Armenia en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato CD-DP-3683-2022 de la Regional Quindío, 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 **MARZO** del año 2023 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.		4490436430
Valor Pagado Salud	+	$ 237.800
Valor Pagado Pensión	+	$
Valor Pagado A.R.L.	+	$ 10.000
= Total Pago de Seguridad Social mensual	=	$ 247.800
Es Pensionado		**Si** [X] **No** [ ] .

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** [X]	**No**
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-3683-2022	$ 32.869.659	$ 4.775.000	02/12/2022	30/06/2023	

En constancia de lo anterior, se firma hoy a los Veintitrés (23) días del mes de marzo de Dos Mil Veintitrés (2023)



Nombre: **ALONSO ENRIQUE OROZCO MORALES**
C.C. No. 7.552.982 de Armenia Quindío

SOI

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	7552862
OCIAL:			ALONSO ENRIQUE OROZCO MORALES
	ARMENIA	DEPARTAMENTO	QUINDÍO
	MZ 4 CASA 6 LA MILAGROSA	TELÉFONO:	7454590
	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONÓMICA:	Asesores reguladores y facilitadores de a act
ACIÓN	ÚNICO		
RADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NUMERO PLANILLA			8490436430	TIPO DE PLANILLA			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2023	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2023
DÍAS DE MORA:			0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2023/03/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			8993660517

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 237.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 237.800	$ 0	$ 0	$ 237.800
												$ 237.800	$ 0	$ 0	$ 237.800

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA	No COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		SALDO A FAVOR			LIQUIDACIÓN	TOTALES			
NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-25-COLMENA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.000	$ 10.000	$ 0	$ 0	$ 10.000
								$ 10.000	$ 0	$ 0	$ 10.000

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

ES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP
5	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS	NO OBLIG COT PENS EDAD	$ 1.846.621			NO							01-20								

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0		$ 0

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE
CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE	30	$ 1.902.000	$ 237.800	$ 0	$ 237.800

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT
14-25-COLMENA	30	$ 1.902.000	7552882	$ 10.000	

PARAFISCALES

IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL $ 247.800

SOI

Consorcio FOPEP
Fiduciaria Bancolombia - Fiduprevisora

CERTIFICADO VALOR PENSIÓN

EL CONSORCIO FOPEP

Hace constar

Que una vez verificada nuestra base de datos el(la) Señor(a) **OROZCO MORALES ALONSO ENRIQUE** identificado(a) con **CC 7552982**

Recibe mesadas pensionales, así

Concepto	**Valor**
JUBILACION NAL	$2,183,787.89

Los aportes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, se consignan por intermedio de SURA EPS (EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S..

Se expide a solicitud del interesado hoy **(24)** días del mes **(1)** del año **(2023)** Hora: **(05:43 pm)**

Para corroborar los datos y la veracidad de este certificado, puede realizar la consulta en https://www.fopep.gov.co/validacion-de-certificados Citando el siguiente código: **Ikal-6009-vord-3967-CC**

ESTE CERTIFICADO NO REQUIERE FIRMA

Este certificado es informativo para el pensionado, para operaciones de crédito recomendamos verificar la identificación del usuario por parte de la entidad.

Línea de atención al pensionado (601) 4227422
Página Web: www.fopep.gov.co opción Contáctenos
Única sede: Cra. 7 N° 31-10 Piso 9, Bogotá