

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

Ciudad: **Bogotá** – Fecha: **14 de SEPTIEMBRE de 2023**

Yo, **MILTON FERNANDO ABELLO ALDANA** C.C. No. **11522110** de Pacho, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-2455** del año **2022** de la Regional **CUNDINAMARCA**, 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 **SEPTIEMBRE** el año **2023** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	70918447
Valor Pagado Salud	\$ 489.700.00
Valor Pagado Pensión	\$ 626.800.00
Valor Pagado A.R.L.	\$ 95.500.00
Valor Pagado CCF	\$ 00.000.00
= Total Pago de Seguridad Social mensual	\$ 1.212.000.00
Es Pensionado	Si ☐ 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:

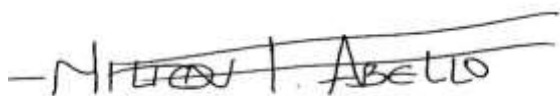
Hace Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art 126-1 E.T.)	Si ☐ No ☒
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	Si ☐ No ☒
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el año 20___. (Artículos 119 y 387 E.T.)	Si ☐ No ☒
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	Si ☐ No ☒
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante año 2019. (Art. 387 E.T.)	Si ☐ No ☒

Declarante de Renta: Si ☒ 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
DP / 2455-2022	\$ 35.899.056	\$ 5.193.000	Diciembre 02 2022	Septiembre 30 2023	

En constancia de lo anterior, se firma a los **14** días del mes de **SEPTIEMBRE** de **2023**.



Nombre: _____

No. C. C. 11.522.110 de Pacho

Información básica de la planilla

Empresa:	MILTON FERNANDO ABELLO ALDANA	NIT:	11522110
Tipo Planilla:	I	Periodo liquidación Pensiones:	septiembre 2023
Sucursal o Dependencia:	PRINCIPAL	Periodo liquidación Salud:	septiembre 2023
Número de Radicación:	70918447	Total a pagar:	\$1,212,000
Fecha de vencimiento:	04/10/2023	Total de empleados:	1
Fecha de Pago:	14/09/2023	Número de Administradoras:	3

Detalles del pago

Razón social recaudo:	Compensar OI	Nit recaudo:	9998600669427
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Protección Social	Medio de Pago:	Pago Electronico por PSE
Banco:	BANCO DAVIVIENDA	Número Autorización:	159980620
Estado de la transacción:	Transacción aprobada		

Código	NIT	Administradoras	Num. Afiliados	*Número de incapacidad por riesgos laborales	Valor descontado en incapacidad y/o licencia	Total Pagado
14-23	860011153	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	1		\$0	\$95,500
25-14	900336004	Administradora Colombiana de Pensiones -	1		\$0	\$626,800
EPS005	800251440	Sanitas EPS	1		\$0	\$489,700
						\$1,212,000

*Si descontó incapacidades o notas crédito debe informar a la administradora correspondiente los descuentos.

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCAL Y SALID
OC	11522110	MELTON FERNANDO ADELLO ALDANA		CALLE 9 No. 18 - 118	302362054	miba100@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 = Independiente			CURTIENDAMARCA	PACHO	NO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLAGOS	LPG
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	1	1-06/2023	75815647	\$12.12.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible][illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Colaboración Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colaboración	Días Mens	Valor Mens Colaboración	Subtotal Colaboración	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Pondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
14-23	Positiva Seguros	800011153-0		No. Autorización	Valor		\$2.500	8	0	\$2.500			205	\$2.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBP				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administrador	Nº. Administradores Reorientados	Valor antes de IGE, LMA, REP y MORA	Total a Pagar
Salud	1	450.700	450.700
Penación	1	620.800	620.800
Riesgo Laborales	1	95.500	95.500
OCF	0	0	0
ESAF	0	0	0
ICBP	0	0	0
MTN	0	0	0
ESNa	0	0	0
TOTALES	3	1.212.300	1.212.300

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCAL Y SALID
OC	11522110	MELTON FERNANDO ADELLO ALDANA		CALLE 9 No. 18 - 118	302362044	miba100@hotmail.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CUIDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 = Independiente			CURTIENDAMARCA	PACHO	NO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLAGOS	LPG
					1	0
					TOTAL A PAGAR	
2023-06	2023-06	1	1-06/2023	75815647	\$12.12.000	

[illegible]

PAGADA

