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 93374356		CAYCEDO ROMERO WILSON DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr7 2 64	IBAGUE-TOLIMA	3102089172	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	63956238	9457962416	I	2023/11/15	2023/10/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	$603,000

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)					$2,077,200	$332,400			$2,077,200	$259,700			$0	$0			$2,077,200	$10,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,077,200	$332,400			$2,077,200	$259,700			$0	$0			$2,077,200	$10,900		$0	$0
Ciudad: IBAGUE Depto: TOLIMA (1 Afiliados)					$2,077,200	$332,400			$2,077,200	$259,700			$0	$0			$2,077,200	$10,900		$0	$0
1	CC	93374356	CAYCEDO WILSON	25-14	30	$2,077,200	$332,400	EPS005	30	$2,077,200	$259,700		0	$0	$0	14-25	30	$2,077,200	$10,900	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,077,200	$332,400			$2,077,200	$259,700			$0	$0			$2,077,200	$10,900		$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 93374356		CAYCEDO ROMERO WILSON DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr7 2 64	IBAGUE-TOLIMA	3102089172	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-10	2023-10	63956238	9457962416	I	2023/11/15	2023/10/30	BANCO DE OCCIDENTE	0	$603,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$332,400	$0	$0	$332,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$332,400	$0	$0	$332,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,900	$0	$0	$10,900
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$10,900	$0	$0	$10,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,700	$0	$0	$259,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$259,700	$0	$0	$259,700
TOTAL				1	$603,000	$0	$0	$603,000

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

Ciudad __Ibagué___ Fecha, Octubre 23 de 2023

Yo, _____**WILSON DAVID CAYCEDO ROMERO**_____, C.C. No. **93.374.356**_____de _Ibagué_____, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD.DP-686-2023……..** Año **2023**__ de la Regional _**TOLIMA**, 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 OCTUBRE del año 2023 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No. 9457962416	
Valor Pagado Salud	$259.700.oo
Valor Pagado Pensión	$332.400.oo
Valor Pagado A.R.L.	$ 10.900.oo
= Total Pago de Seguridad Social mensual	=$603.000.oo
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 2023**. (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-686	$ 5.193.00.oo		02/05/2023	31/12/2023	PAGO MES OCTUBRE

En constancia de lo anterior, se firma a los _veintitrés (23)_ días del mes de septiembre de dos mil veintitrés (2023)



Nombre: WILSON DAVID CAYCEDO ROMERO
No. C. C. 93.374.356 de Ibagué