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

Ciudad _____Popayán_____ Fecha__Diciembre __ 5_____ de 2023

Yo, _____**ARNULFO OLAYA GARAY** _____, C.C. No. ____10.491.395_____de ___Santander de Quilichao _____, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. **CD-DP-309-2023** año_2023 de la Regional ____CAUCA_____, 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 __2023__ y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	**9459937368**
Valor Pagado Salud	+ 259.700.00
Valor Pagado Pensión	+ 332.400.00
Valor Pagado A.R.L.	+ 10.900.00
= Total Pago de Seguridad Social mensual	= 603.000.00
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** ☐ **.**

Declarante de Renta: **Si** ☐ **No** ☒ X **.**

☐☐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-309-2023	$85.684.500.00	$5.193.000.00	01-02-2023	31-05-2024	

En constancia de lo anterior, se firma a los _____5_____ días del mes de Diciembre de 2023



Nombre: _ARNULFO OLAYA GARAY ____

No. C. C. 10.491.395 Sder de Q.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10491395		OLAYA GARAY ARNULFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 3 # 10 74	VILLA RICA-CAUCA	2111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	9459937368	9459937368	I	2024/01/24	2023/12/04	BANCO DE BOGOTA	0	$603,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,077,500	$332,400			$2,077,500	$259,700			$0	$0			$2,077,500	$10,900		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,077,500	$332,400			$2,077,500	$259,700			$0	$0			$2,077,500	$10,900		$0	$0
Ciudad: VILLA RICA Depto: CAUCA (1 Afiliados)					$2,077,500	$332,400			$2,077,500	$259,700			$0	$0			$2,077,500	$10,900		$0	$0
1	CC 10491395	OLAYA ARNULFO	25-14	30	$2,077,500	$332,400	EPS037	30	$2,077,500	$259,700		0	$0	$0	14-23	30	$2,077,500	$10,900	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$2,077,500	$332,400			$2,077,500	$259,700			$0	$0			$2,077,500	$10,900		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 10491395		OLAYA GARAY ARNULFO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 3 # 10 74	VILLA RICA-CAUCA	2111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2023-12	2023-12	9459937368	9459937368	I	2024/01/24	2023/12/04	BANCO DE BOGOTA	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
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$10,900	$0	$0	$10,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$259,700	$0	$0	$259,700
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$259,700	$0	$0	$259,700
TOTAL				1	$603,000	$0	$0	$603,000