	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 Cali Fecha 17 de julio de 2024

Yo, EDUAR FERNANDO TRUJILLO QUINTERO, C.C. No. 14836744 de Cali, en mi calidad de Contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. 1818 año 2022 de la Regional - Valle, 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 JUNIO del año 2024 y pertenecen al contrato materia de pago. **NOINCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	9469055351
Valor Pagado Salud	+ 237800
Valor Pagado Pensión	+ 304400
Valor Pagado A.R.L.	+ 10000
= Total Pago de Seguridad Social mensual	= 552200
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 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 2020**__. (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 2020**__. (Art. 387 E.T.)	**Si** ☐ **No x** ☐ .

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
1818	28.530.000	4.755.000	01-01-2023	30-06-2024	

En constancia de lo anterior, se firmaa los 17 días del mes de JULIO de 2024.

Nombre:



EDWAR FERNANDO TRUJILLO QUINTERO

C.C. 14.836.744 de Cali

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 14836744		TRUJILLO QUINTERO EDUAR FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 4 N 9 -17 Oficina 302	CALI-VALLE	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	781277468	9469055351	I	2024/07/11	2024/07/16	BANCO DE BOGOTA	5	$554,400

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)					$1,902,000	$304,400			$1,902,000	$237,800			$0	$0			$1,902,000	$10,000		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,902,000	$304,400			$1,902,000	$237,800			$0	$0			$1,902,000	$10,000		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$1,902,000	$304,400			$1,902,000	$237,800			$0	$0			$1,902,000	$10,000		$0	$0
1	CC	14836744 TRUJILLO EDUAR	230301	30	$1,902,000	$304,400	EPS012	30	$1,902,000	$237,800		0	$0	$0	14-11	30	$1,902,000	$10,000	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**			$1,902,000	$304,400			$1,902,000	$237,800			$0	$0			$1,902,000	$10,000		$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 14836744		TRUJILLO QUINTERO EDUAR FERNANDO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 4 N 9 -17 Oficina 302	CALI-VALLE	1234567	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-06	2024-06	781277468	9469055351	I	2024/07/11	2024/07/16	BANCO DE BOGOTA	5	$554,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$304,400	$1,200	$0	$305,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$304,400	$1,200	$0	$305,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,000	$100	$0	$10,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$10,000	$100	$0	$10,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$237,800	$900	$0	$238,700
COMFENALCO VALLE	EPS012	890,303,093	5	1	$237,800	$900	$0	$238,700
TOTAL				1	$552,200	$2,200	$0	$554,400