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 __**Barbosa**__ Fecha: **3 de OCTUBRE de 2024**

Yo, **ORLANDO LAMBRAÑO MORA**, C.C. No. 91.013.433 de BARBOSA en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. CD-DP – 1475 - año__**2023**__ de la Regional __**SANTANDER**__, 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 __**OCTUBRE**__ del año **2024** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	8632787225
Valor Pagado Salud	+ 337.500.oo
Valor Pagado Pensión	+ 432.000.oo
Valor Pagado A.R.L.	+ 14.100.oo
= Total Pago de Seguridad Social mensual	= 783.600.oo
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 201___**. (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** ☒ **No** ☐ .
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 201___**. (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
CD-DP 1475 -2023	**$98.667.000.oo**	$5.193.000.oo	01-06-2023	31-12-2024	
CD-DP 1475-2023	**$1.680.000.OO**	$5.473.000.oo	01-07-2024	31-12-2024	ADICION CONTRATO
	$100.347.000.oo				

En constancia de lo anterior, se firma a los __**03**__ día del mes **OCTUBRE** de 2024



ORLANDO LAMBRAÑO MORA
No. C. C. 91.013.433 DE BARBOSA SDER.

ASOPAGOS s.a.

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ORLANDO LAMBRAÑO MORA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-91013433
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-91013433
NOMBRE EMPLEADO	ORLANDO LAMBRAÑO MORA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA
NÚMERO PLANILLA	8632787225
REFERENCIA PAGO(PIN)	8622103200
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2024-10
PERÍODO SALUD	2024-10
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	2855201
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.700.000	0,1600000	$ 432.000	$ 0	$ 0	$ 432.000	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.700.000	0,1250000	$ 337.500	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.700.000	0,0052200	$ 14.100	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 432.000	$ 337.500	$ 14.100	$ 0	$ 783.600

Powered by CamScanner

OCT 03 2024 11:11:10 RBMICT10.5
CORRESPONSAL
FINECOOP BARBOSA
CLL 10 9-21

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0015867807 TER: BBBBG029
V. ELECTRON Cc
**6308 RECIBO: 008950 RRN: 025399
RECAUDO APRO: 214653

SERVICIO: 0000001139
FACTURA: 0000000008622103200
** PAGO FACTURA **
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO $ 783.600

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

RESULTADO GENERACIÓN PLANILLA

OPERADOR DE INFORMACIÓN ASOPAGOS

D LAMBRAÑO MORA 3433 **ıcursal:** 0 **sucursal:** 0 **reporte:** 2024-10-03 0 da	**Sin pagar**

PAGO (PIN)	TIPO DE PLANILLA	TOTAL A PAGAR	FECHA LÍMITE DE PAGO	ESTADO
200	1	$783.600	2024-11-12	Lista para pago en banco
200	1	$784.400	2024-11-13	Lista para pago en banco

Ver Resumen
Descargar Detallado

Recuerde que los pagos realizados en horario adicional, se aplican para el siguiente dia hábil.

Puntos de Recaudo:

Punto de pago · puntored · JUMBO · easy · Metro · SPID · refácil · efecty · grupo éxito
Banco de Occidente · DAVIVIENDA · Banco de Bogotá · Banco AV Villas · Redeban Multicolor · BANCO UNIO

Powered by CamScanner

CONSULTA EMPLEADO

RAZÓN SOCIAL	ORLANDO LAMBRAÑO MORA
IDENTIFICACIÓN APORTANTE	CC-91013433
SUCURSAL	0
FECHA PAGO	2024-10-03
INDENTIFICACIÓN EMPLEADO	CC-91013433
NOMBRE EMPLEADO	ORLANDO LAMBRAÑO MORA
EPS	NUEVA EMPRESA PROMOTORA DE SALUD S.A.
AFP	Administradora Colombiana de Pensiones COLPENSIONES
CAJA COMPENSACIÓN	Sin CCF
ARL	RIESGOS PROFESIONALES COLMENA S.A COMPANIA DE SEGUROS DE VIDA
NÚMERO PLANILLA	8632787225
REFERENCIA PAGO(PIN)	8622103200
TIPO PLANILLA	I
PERÍODO PENSIÓN	2024-10
PERÍODO SALUD	2024-10
TIPO COTIZANTE	Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes
SUBTIPO COTIZANTE	Sin Subtipo
ACTIVIDAD ECONÓMICA	2855201
NOVEDAD INGRESO INICIAL	
NOVEDAD INGRESO FINAL	

ING	Fecha ING	RET	Fecha RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	Fecha VSP	VTE	VST	SLN	Fecha Sln inicio	Fecha Sln Fin	IGE	Fecha Ige Inicio	Fecha Ige Fin	LMA	Fecha LMA	Fecha LMA Fin	VAC	Fecha Vac Inicio	Fecha VAC Fin	AVP	VCT	Fecha VCT Inicio	Fecha VCT Fin	IRL	Fecha IRL Inicio	Fecha IRL Fin
																												0		

SISTEMA GENERAL DE PENSIONES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Cot. Voluntaria		Total	Fondo de Solidaridad de	Fondo de Subsistencia	Valor no retenido
				Afiliado	Aportante				
30	2.700.000	0,1600000	$ 432.000	$ 0	$ 0	$ 432.000	$ 0	$ 0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE SALUD

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	UPC adicional	Incapacidades E.G		Licencias de Maternidad o	
					Número Autorización	Valor	Número Autorización	Valor
30	2.700.000	0,1250000	$ 337.500	$ 0	0	$ 0	0	$ 0

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES

Días Cot	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Código de centro de trabajo
30	2.700.000	0,0052200	$ 14.100	1

APORTES PARAFISCALES

Días Cot	Caja de Compensación Familiar			Sena			ICBF		ESAP		MIN DE EDUCACIÓN	
	IBC	Tarifa	Cot.Obligatori	IBC	Tarifa	Cot. Obligatoria	Tarifa	Cot. Obligatori	Tarifa	Cot.	Tarifa	Cot. Obligatori
0	0	0,0000000	$ 0	0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0	0,0000000	$ 0

TOTAL COTIZACIÓN EMPLEADO

Pensión	Salud	Riesgos	Parafiscales	Total
$ 432.000	$ 337.500	$ 14.100	$ 0	$ 783.600