	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 20 de octubre de 2024

Yo, **ÁLVARO JOSÉ ORDÓÑEZ GRIJALBA**, C.C. No.76.330.963 de Popayán en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. 5402 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 **octubre 2024** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	9475684246
Valor Pagado Salud	+ 250.600
Valor Pagado Pensión	+320.800
A.R.L	+ 10.500
= Total Pago de Seguridad Social mensual	=581.900
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** 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
DP 5402-23	63.351.000	5.011.000	22-12-23	30-12-24	

En constancia de lo anterior, se firma a los 20 días del mes de octubre de 2024.

Nombre: _____

No. C. C. 76.330.963 de Popayán

Comprobante

de pago en línea

APORTES EN LINEA

Pago realizado por: ALVARO JOSE ORDOÑEZ GRIJALBA

Nro. de recibo: 9475684246

Descripción del pago: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9475684246

Identificación del contribuyente: 192.168.112.162

Concepto: CC

Razón Social: 76330963

Fecha y hora de la transacción: Domingo 20 de Octubre de 2024 03:14:35 PM

Nro. de comprobante: 0000082275

Valor pagado: $ 581,900.00

Producto: *******0964

VIGILADO BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario

Bancolombia S.A.

Comuníquese con nuestra Sucursal Telefónica Bancolombia: Bogotá 343 0000 - Medellín 510 9000 - Cali 554 0505 - Barranquilla 361 8888 - Cartagena 693 4400 - Bucaramanga 697 2525 - Pereira 340 1213 - El resto del país 01 800 09 12345 - Sucursales Telefónicas en el exterior: España 900 995 717 - Estados Unidos 1866 379 9714, en caso de recibir una alerta o notificación de una transacción que presenta alguna irregularidad.

Bancolombia nunca le solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com

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 76330963		ORDOÑEZ GRIJALBA ALVARO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 6 C # 31 N 110 CS 5	POPAYAN-CAUCA	8202091	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2024-10	2024-10	994013159	9475684246	I	2024/11/18	2024/10/21	BANCOLOMBIA	0	$581,900

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)					$2,004,400	$320,800			$2,004,400	$250,600			$0	$0			$2,004,400	$10,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					**$2,004,400**	**$320,800**			**$2,004,400**	**$250,600**			**$0**	**$0**			**$2,004,400**	**$10,500**		**$0**	**$0**
Ciudad: POPAYAN Depto: CAUCA (1 Afiliados)					**$2,004,400**	**$320,800**			**$2,004,400**	**$250,600**			**$0**	**$0**			**$2,004,400**	**$10,500**		**$0**	**$0**
1	CC 76330963	ORDOÑEZ ALVARO	230201	30	$2,004,400	$320,800	EPS018	30	$2,004,400	$250,600		0	$0	$0	14-25	30	$2,004,400	$10,500	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				**$2,004,400**	**$320,800**			**$2,004,400**	**$250,600**			**$0**	**$0**			**$2,004,400**	**$10,500**		**$0**	**$0**

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 76330963		ORDOÑEZ GRIJALBA ALVARO JOSE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	KR 6 C # 31 N 110 CS 5	POPAYAN-CAUCA	8202091	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-10	2024-10	994013159	9475684246	I	2024/11/18	2024/10/21	BANCOLOMBIA	0	$581,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$320,800	$0	$0	$320,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$320,800	$0	$0	$320,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$10,500	$0	$0	$10,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$10,500	$0	$0	$10,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$250,600	$0	$0	$250,600
S.O.S. SERVICIO OCCIDENTAL DE SALUD S.A.	EPS018	805,001,157	2	1	$250,600	$0	$0	$250,600
TOTAL				1	$581,900	$0	$0	$581,900

2024/10/20 03:19 PM