| | | |
|---|---|---|
| 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:** Popayán **Fecha:** 12 de diciembre de 2024

Yo, **GILDARDO ORTIZ CAICEDO C. C. No. 16.592.563 de Cali**, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. CD-DP 4024-2023 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 **2024** y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

| | | |
|---|---|---|
| **Planilla de Pago No.** | | **1068144210** |
| **Valor Pagado Salud** | | $273.700 |
| **Valor Pagado Pensión** | | 0 |
| **Valor Pagado A.R.L.** | | $11.500 |
| **= Total Pago de Seguridad Social mensual** | = | $285.200 |
| **Es Pensionado** | **Si** [X] | **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:**

**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 2023**___. (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-4024-2023 | $51.478.056 | $5.473.000 | 1-12-2023 | 31-12-2024 | |

En constancia de lo anterior, se firma 12 días del mes de DICIEMBRE de 2024



**Nombre:** **GILDARDO ORTIZ CAICEDO**
**C. C. No.** **16.592.563 de Cali**

# PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2024-12-06, 09:30:26 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1068144210

**Periodo Cotización:** diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8810810595

## PAGADO 06/12/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | GILDARDO ORTIZ CAICEDO | | |
| **Documento** | CC16592563 | **Dirección** | CR 1CN #5 - 35 MADRIGAL |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 3168685123 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | CALI | **Departamento** | VALLE DEL CAUCA |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días AFP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 16592563 | GILDARDO ORTIZ CAICEDO | 59 | 04 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 0 | 30 | 30 | 0 | (NIN-AF) NINGUNA AFP | $ 0 | $ 0 | (EPS018) S.O.S EPS | $ 2.189.200 | $ 273.700 | 0,522 | $ 2.189.200 | $ 11.500 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 285.200 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 0 | $ 2.189.200 | $ 2.189.200 | $ 0 | $ 0 | $ 273.700 | $ 11.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 285.200 | $ 0 | $ 285.200 |



Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.