	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 24 de enero de 2025.

Yo, **WILSON MORERA CEDEÑO**, C.C. No. 16.768.712 de Cali, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. DP- 1453 del año 2024 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 enero del año 2025 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	9480720083
Valor Pagado Salud	+ 273.650.-
Valor Pagado Pensión	+ 350.272.-
Valor Pagado A.R.L.	+ 11.428.-
= Total Pago de Seguridad Social mensual	= 635.350.-
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:

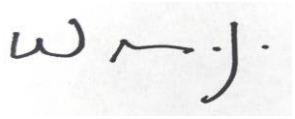
Hace Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art 126-1 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 2024** (Artículos 119 y 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Tiene dependientes (Art. 387 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ .
Efectuó pagos a Medicina Pre pagada durante **año 2024**__. (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
DP-1453-24	$.32.838.000.oo	$5.473.000.oo	01-07-2024	31-03-2025	

En constancia de lo anterior, se firma a los 24 días del mes de enero de 2025.



Nombre: WILSON MORERA CEDEÑO
No. C. C. 16.768.712 .....

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 16768712		MORERA CEDEÑO WILSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 1A # 12A - 50 BR san antonio	CALI-VALLE	8930167	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		**Clave**		**Tipo**	**Fecha**		**Pago**		
Pensión	**Salud**	**Pago**	**Planilla**	**Planilla**	**Limite**	**Pago**	**Banco**	**Dias Mora**	**Valor**
2025-01	2025-01	20250124100451101054	9480720083	I	2025/02/05	2025/01/24	BANCO AV VILLAS	0	$636,300

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)					$2,192,000	$350,800			$2,192,000	$274,000			$0	$0			$2,192,000	$11,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$2,192,000	$350,800			$2,192,000	$274,000			$0	$0			$2,192,000	$11,500		$0	$0
Ciudad: CALI Depto: VALLE (1 Afiliados)					$2,192,000	$350,800			$2,192,000	$274,000			$0	$0			$2,192,000	$11,500		$0	$0
1	CC	16768712	MORERA WILSON	230301	30	$2,192,000	$350,800	EPS005	30	$2,192,000	$274,000		0	$0	$0	14-25	30	$2,192,000	$11,500	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$2,192,000	$350,800			$2,192,000	$274,000			$0	$0			$2,192,000	$11,500		$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 16768712		MORERA CEDEÑO WILSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CL 1A # 12A - 50 BR san antonio	CALI-VALLE	8930167	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	20250124100451101054	9480720083	I	2025/02/05	2025/01/24	BANCO AV VILLAS	0	$636,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$350,800	$0	$0	$350,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$350,800	$0	$0	$350,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$11,500	$0	$0	$11,500
COLMENA	14-25	800,226,175	3	1	$11,500	$0	$0	$11,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$274,000	$0	$0	$274,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$274,000	$0	$0	$274,000
TOTAL				**1**	**$636,300**	**$0**	**$0**	**$636,300**