

	Nombre del proceso/subproceso: Gestión Financiera	Código: FI-P02-F07
	DECLARACION JURAMENTADA DE SEGURIDAD SOCIAL	Versión: 02
		Vigente desde: 29/02/2016

Fusagasugá, 28 de octubre de 2025

Yo, Carlos David Olave Duarte, C.C. No. 1.069.734.091, de Fusagasugá, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. CD-DP-3441-2025 año 2025 de la Regional Cundinamarca, 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 2025 y pertenecen al contrato materia de pago, **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	9492722873
Valor Pagado Salud	\$309,400
Valor Pagado Pensión	\$396,000
Valor Pagado A.R.L.	\$13,000
= Total Pago de Seguridad Social mensual	\$718.400
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-3441-2025	32.838.000,00	5.473.000,00		31 de diciembre de 2025	

En constancia de lo anterior, se firma a los 28 días del mes de octubre de 2025

Nombre: Carlos David Olave Duarte
No. C. C. 1.069.734.091



DATOS GENERALES DEL APORTANTE																			
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF											
CC 1069734091		OLAVE DUARTE CARLOS DAVID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 22 # 6-12	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3108777097	No											
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION																			
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago												
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor										
2025-10	2025-10	1871534392	9492722873	I	2025/11/25	2025/10/22	NEQUI	0	\$718,400										
LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES																			
EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,475,000	\$396,000			\$2,475,000	\$309,400			\$0	\$0			\$2,475,000	\$13,000	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					\$2,475,000	\$396,000			\$2,475,000	\$309,400			\$0	\$0			\$2,475,000	\$13,000	
Ciudad: FUSAGASUGA Depto: CUNDINAMARCA (1 Afiliados)					\$2,475,000	\$396,000			\$2,475,000	\$309,400			\$0	\$0			\$2,475,000	\$13,000	
1	CC 1069734091	OLAVE CARLOS	230301	30	\$2,475,000	\$396,000	EPS005	30	\$2,475,000	\$309,400		0	\$0	\$0		14-7	30	\$2,475,000	
Total Afiliados(1)					\$2,475,000	\$396,000			\$2,475,000	\$309,400			\$0	\$0			\$2,475,000	\$13,000	

DATOS GENERALES DEL APORTANTE									
Identificación	dv	Razon Social		Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1069734091		OLAVE DUARTE CARLOS DAVID		INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 22 # 6-12	FUSAGASUGA-CUNDINAMARCA	3108777097	No
DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Días Mora	Valor
2025-10	2025-10	1871534392	9492722873	I	2025/11/25	2025/10/22	NEQUI	0	\$718,400
RESUMEN DE PAGO									
RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES		VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$396,000	\$0	\$0		\$396,000
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$396,000	\$0	\$0		\$396,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$13,000	\$0	\$0		\$13,000
SEGUROS BOLIVAR	14-7	860,002,503	2	1	\$13,000	\$0	\$0		\$13,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$309,400	\$0	\$0		\$309,400
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	\$309,400	\$0	\$0		\$309,400
TOTAL				1	\$718,400	\$0	\$0		\$718,400