	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 22 de Abril de 2026

Yo, EDWIN ENRIQUE CHUNGA MONTOYA, identificado con C.C. No. 16'514.053 de Buenaventura, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. CD-DP 7179 - 2025 de la Regional VALLE DEL 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 Marzo del año 2026 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	4648020267
Valor Pagado Salud	$ 250.600
Valor Pagado Pensión	$ 320.800
or Pagado 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:

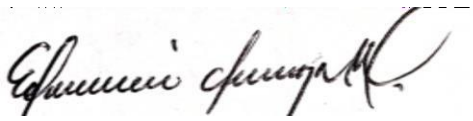
ce Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art 126-1 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ x .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**Si** ☐ **No** ☒ x .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 2022**____. (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 2022**____. (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 7179-2025	40.088.000	5.011.000	01-12-2025	31-07-2026	

En constancia de lo anterior, se firma a los veintidós (22) días del mes de Abril de 2026



Nombre: _____

No. C. C. 16.514.053 3xpedida en Buenaventura - Valle

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	16514053
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			EDWIN ENRIQUE CHUNGA MONTOYA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUENAVENTURA	DEPARTAMENTO:	VALLE
DIRECCIÓN:	CR 51 N 13E -85	TELÉFONO:	2222222
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de materias primas agropecu
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		**4648020267**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo AÑO	2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo AÑO	2026
DÍAS DE MORA:		7					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/04/22		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9996535052	

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
230301	230301-PORVENIR	1	$ 320.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.600	$ 0	$ 320.800	$ 1.600	$ 322.400
SUBTOTALES:										**$ 320.800**	**$ 1.600**	**$ 322.400**

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 250.600	$ 0	$ 1.200	$ 0	$ 250.600	$ 1.200	$ 0	$ 251.800
SUBTOTALES:													**$ 250.600**	**$ 1.200**	**$ 0**	**$ 251.800**

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 10.500	$ 10.500	$ 100	$ 0	$ 10.600
SUBTOTALES:									**$ 10.500**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 10.600**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																		SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																												PENSIÓN									SALUD						ARP																		
Nº	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 16514053	CHUNGA MONTOYA EDWIN ENRIQUE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.004.400				NO																		230301-PORVENIR	30	$ 2.004.400	$ 320.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 320.800	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.004.400	$ 250.600	$ 0	$ 250.600	14-11 - ARL SURA	30	$ 2.004.400	16514053	$ 10.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 584.800

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9639695446 DV: 556724
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 22/04/2026 10:28:26
PAP: 911544
Identificacion: 16514053
Nombre: EDWIN
Apellido 1: CAUNGA
Apellido 2: AAA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3206100695
Codigo Planilla: 4648020267
Periodo Pago: 2026/03
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 16514053 Valor: $584.800,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclanacion.
Para reclanaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Scanned with CamScanner