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

QUIBDO, 26 DE JUNIO DE 2026

Yo, **MILBER MOSQUERA MURILLO**, C.C. No. 11796983 de QUIBDO, en mi calidad de contratista con la Defensoría del Pueblo, en ejecución del contrato No. 3745 año 2019 de la Regional CHOCO, 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 Junio del año 2026 y pertenecen al contrato materia de pago. **NO INCLUIR INTERESES DE MORA:**

Planilla de Pago No.	**6020898232**
Valor Pagado Salud	$ 273.700
Valor Pagado Pensión	$ 350.300
Valor Pagado A.R.L.	$ 11.500
= Total Pago de Seguridad Social mensual	=635.500
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:

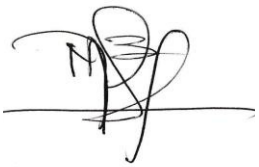
Hace Aportes Voluntarios a Fondos de Pensiones (Art 126-1 E.T.)	**Si** ☐ **No** **X** .
Hace Aportes Cuenta de Ahorro para el Fomento de la Construcción – AFC (Art 126-4 E.T.)	**Si** ☐ **No** **X** .
Efectuó pagos por Intereses de Vivienda o Costo Financiero de Leasing Habitacional durante el **año 2019**__. (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 2019**__. (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 6139 DE 2025	$43.784.000	$5.473.000	01-12-2025	31-07-2026	

En constancia de lo anterior, se firma a los 23 días del mes de Junio de 2026



MILBER MOSQUERA MURILLO
Nro. C. C. 11796983

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11796983
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MILBER MOSQUERA MURILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	BARRIO CARAÑO CRA 12 NRO. 34A-14	TELÉFONO:	6714496
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6020898232**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES junio AÑO 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES junio AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/06/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	401503056

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
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 350.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 350.300	$ 0	$ 350.300
SUBTOTALES:										**$ 350.300**	**$ 0**	**$ 350.300**

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
CCFC20	CCFC20-COMFACHOCO	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 273.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 273.700	$ 0	$ 0	$ 273.700
SUBTOTALES:													**$ 273.700**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 273.700**

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
14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 11.500	$ 11.500	$ 0	$ 0	$ 11.500
SUBTOTALES:									**$ 11.500**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 11.500**

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 11796983	MOSQUERA MURILLO MILBER	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.189.200				NO																	231001-COLFONDOS	30	$ 2.189.200	$ 350.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 350.300	CCFC20-COMFACHOCO	30	$ 2.189.200	$ 273.700	$ 0	$ 273.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.189.200	11796983	$ 11.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 635.500

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11796983
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			MILBER MOSQUERA MURILLO
CIUDAD/MUNICIPIO:	QUIBDO	DEPARTAMENTO:	CHOCO
DIRECCIÓN:	BARRIO CARAÑO CRA 12 NRO.	TELÉFONO:	6714496
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA					
NÚMERO PLANILLA:	**6020898232**		TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	junio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2026	SALUD:	AÑO:	2026
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2026/06/18	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		401503056

NOVEDADES

ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002279406	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 350.300
		SUBTOTAL:	1	**$ 350.300**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8916000918	CCFC20	CCFC20-COMFACHOCO	1	$ 273.700
		SUBTOTAL:	1	**$ 273.700**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600111536	14-23	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	1	$ 11.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 11.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 635.500**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 635.500**

Planilla Pagada

Defensoría del Pueblo COLOMBIA	Nombre del Proceso/subproceso: Gestión Financiera	Código: FI-P09-F12
		Versión: 03
	FORMULARIO PARA PAGO CONTRATISTAS (PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTION)	Vigente desde: 09/03/2020

FECHA ACTUAL	**23 DE JUNIO DE 2026**						
PERÍODO DE PAGO:	**DEL 01 AL 30 DE JUNIO DE 2026**						
CDP No delS IIF No 139325	CRP No.		AÑO		2025	**TIPO DE CONTRATO PRESTACICD DP- 6139 Año 2025**	
ACTA DE INICIO	**SI**	**N/A**	FECHA SUSCRIPCION ACTA INICIO		**N/A**		
TIPO DE INFORME:	**MENSUAL**						
ENTREGÓ INFORME:	**SI**	**X**		**NO**			
INFORMACIÓN BÁSICA							
Modalidad	**PRESTACION DE SERVICIOS**						
Nombre del contratista	**MILBER MOSQUERA MURILLO**			Nit ó cc número		**11,796,983**	
Dirección	**Barrio Cabí, sector desecho**			**Ciudad**		**Quibdó**	
Teléfono fijo	(604) 6714496			Cel:			
Clase y número de cuenta	**AHORROS - 433030100951**			Banco:		**Banco Agrario**	
Fecha de suscripción contrato	**1/12/2025**			Fecha iniciación		1/12/2025	
Suspensión	**SI**			**NO**	X		
Fecha de terminación	**31/07/2026**			Plazo		08 MESES	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestacion de servicios profesionales de abogados para la representacion judicial y extrajudicial de los usuarios del servicio de defensoría pública y la promoción, defensa, ejercicio y divulgación de los derechos humanos.						
Dependencia o Regional	**REGIONAL CHOCO**			**Ciudad donde Presta el Servicio**		**QUIBDO**	
Valor inicial del contrato	**$ 43.784.000,00**	Adición al contrato		**$ -**	Total Contrato	**43.784.000,00**	
Tiempo de ejecución Meses	**08 MESES**			**Valor Mensual**		**5,473,000**	

ESTADO DE PAGOS	No. de Pagos	Mes	Dias	Vr del Mes
	1°. Pagado	**DICIEMBRE**	30	**$ 5.473.000,00**
	2°. Pagado	**ENERO**	30	**$ 5.473.000,00**
	3°. Pagado	**FEBRERO**	30	**$ 5.473.000,00**
	4° Pagado	**MARZO**	30	**$ 5.473.000,00**
	5° Pagado	**ABRIL**	30	**$ 5.473.000,00**
	6° Pagado	**MAYO**	30	**$ 5.473.000,00**
	7° Pagado	**JUNIO**		**$ 5.473.000,00**
	Total Cancelado			**$ 38.311.000,00**

Detalle la distribución del pago que esta gestionando según codigos del rubro en el registro presupuestal.	Valor a pagar por rubro
Honorario Mes de Diciembre	**$ 5.473.000,00**
Honorario Mes de Enero	**$ 5.473.000,00**
Honorario Mes de Febrero	**$ 5.473.000,00**
Honorario Mes de Marzo	**$ 5.473.000,00**
Honorario Mes de Abril	**$ 5.473.000,00**
Honorario Mes de Mayo	**$ 5.473.000,00**
Honorario Mes de Junio	**$ 5.473.000,00**
	$ 38.311.000,00

ACTIVIDAD DEL CONTRATO DESARROLLADA	**ACTIVIDAD**	**DETALLE DE LA EJECUCION**
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO DEFENSOR PUBLICO REPRESENTACIÓN JUDICIAL Y EXTRAJUDICIAL, CUMPLIR TURNOS DE DISPONIBILIDAD, PARTICIPACION EN ACTIVIDADES ACADEMICAS CONVOCADAS POR LA ENTIDAD, ALLEGAR LOS INFORMES REQUERIDOS POR LA ENTIDAD, REALIZAR LOS APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL CONFORME LO ESTABLECIDO POR LA LEY.	
LABORES DEL SUPERVISOR / INTERVENTOR	SEGUIMIENTO Y CONTROL A LAS ACTUALIZACIONES DE LOS PROCESOS EN VISION WEB, ASIGNACION DE PROCESOS, VERIFICACION DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL, ASIGNACION DE SOLICITUDES DEL SERVICIO, RECEPCION Y REVISION DEL INFORME DE EJECUCION MENSUAL Y DEL INFORME ESTADISTICO.	
SOLICITUD DE PAGO		
Anexos Seguridad Social y declaracion Juramentada.	**Copia de recibo de pago aporte al sistema de salud Aporte Obligatorio: 12.5 % sobre el 40 % de honorarios mensuales.**	
	Copia de recibo de pago aporte al sistema de pensiones Aporte Obligatorio: 16 % sobre el 40 % de honorarios mensuales.	
	Copia de recibo de pago aporte de ARL obligatrorio: nivel 1 0.522%	
	Certificacion Juramentada de los honorarios percibidos del contrato con la Defensoria del Pueblo.	**SI** X **NO**
	TOTAL LIQUIDADO POR SISTEMA DE PLANILLA ASISTIDA	

GARANTIA			
Aseguradora	SEGUROS MUNDIAL		
No. De poliza	M--100283451		
Amparo		**Vigencia**	**Valor amparado**
CUMPLIMIENTO		DESDE 01/12/2025 HASTA 3/12/2026	$ 4.378.400
CALIDAD		DESDE: 01/12/2025 HASTA 3/08/2028	$ 8.756.800

Cumplimiento de obligaciones

Obligación Contractual	**Actividades realizadas, logros y obstáculos**
Asistio a las audiencias programadas para la prestacion del sercivio	Sí atendio los turnos presenciales programados por la entidad
Diligencio los formatos diseñados por la Direccion Nacional de la Defensoria Publica, Suministrando informacion oportuna, Veraz y confiable.	si diligencio el formato de informe de ejecucion mensual
Presentó el informe Mensual de Ejecucion y Estadisticas consolidadas al Supervisor del Contrato, en los formatos establecidos por a Direccion,	asistio a las audiencias programadas por los despachos judiciales
Radico los poderes en los juzgados de los procesos sustituidos	En el mes de reporte asumio casos nuevos por sustitucion y reparto
Anexo la declaracion juramentada con copia de los aportes a salud, pensiones y ARL	los nuevos procesos los cargo al sistema vision web actualizando el sistema

Cumplir con los turnos de disponibilidad			realizo actividades administrativas	
recibir repartos de procesos para representacion judicial o asesorias			Anexo la declaracion juramentada con copia de la planilla de pago de los aportes	
N/A	N/A		N/A	N/A

OBSERVACIONES
CUMPLIO CON LAS OBLIGACIONES CONTRATUALES.

N/A: No aplica.

EL SUPERVISOR:		**EL CONTRATISTA**
Firma		
Nombre y Dependencia /Regional, cargo del supervisor	**HERBERT RUDECINDO MOSQUERA CASTRO**	**MILBER MOSQUERA MURILLO**
FECHA ACTUAL	**26 DE JUNIO 2026**	
Interventor (a) o Supervisor (a)		