# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 32938465 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | KAREN PAOLA PRADA GALVIS |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SANTA ROSA DE CABAL | DEPARTAMENTO: | RISARALDA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 11 BIS NUMERO 8 - 39 APT | TELÉFONO: | 3658841 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| *TIPO EMPRESA:* | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 78963613 61 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | septiembre |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2023 | SALUD: | AÑO: | 2023 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2023/10/17 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 219197245 | | |

| 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 | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 230.400 |
| | | SUBTOTAL: | 1 | $ 230.400 |
| **SALUD** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 805001157 | EPS018 | EPS018-S.O.S. | 1 | $ 180.000 |
| | | SUBTOTAL: | 1 | $ 180.000 |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| | | ADMINISTRADORA | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 35.100 |
| | | SUBTOTAL: | 1 | $ 35.100 |

| | |
|---|---|
| **VALOR SIN MORA:** | **$ 445.500** |
| **VALOR MORA:** | **$ 0** |
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 445.500** |

| | DECLARACIÓN JURADA DE PAGO DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL | Código: | FOR-0046-021 |
|---|---|---|---|
| | | Versión: | 02 |

Señores:

**E.S.E. HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL**

**Atte:** Supervisor y Apoyo a la Supervisión

Yo **KAREN PAOLA PRADA GALVIS** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **32.938.465** de **CARTAGENA - BOLIVAR.**, en cumplimiento de lo establecido en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, La Ley 828 de 2003, y de acuerdo con lo señalado en el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019 y demás normas que la adicionen, modifiquen o reglamenten, **DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**, y con sujeción a las sanciones que para tal efecto establece el Código Penal en su artículo 442, que el pago de mis aportes efectuados al Sistema de Seguridad Social Integral correspondientes al mes de **SEPTIEMBRE** según planilla Nro. **7896361361** corresponden al Contrato Nro. **051-2023** suscrito con la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato.

Para constancia se firma en Santa Rosa de Cabal a los **DOS (2)** días del mes de **OCTUBRE** delaño **dos mil veintitrés (2023)**

| | **CONTRATISTA** |
|---|---|
| **FIRMA** | Karen Prada G. |
| **NOMBRE COMPLETO** | **KAREN PAOLA PRADA GALVIS** |
| **NRO. DE IDENTIFICACION** | **32.938.465** |