	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 **OCTUBRE** según planilla Nro. **7901007114** 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 al **PRIMER (1)** días del mes de **DICIEMBRE** delaño **dos mil veintitrés (2023)**

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

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:	7901007114		TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	octubre
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2023	SALUD:	AÑO:	2023
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2023/11/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:	274770898	

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**