PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	55301854
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SHADIA MARGARITA KUZMAR JASSIR
CIUDAD/MUNICIPIO:	BARRANQUILLA	DEPARTAMENTO:	ATLANTICO
DIRECCIÓN:	CRA 52 # 82-63	TELÉFONO:	3856973
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:	**6012365209**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2026			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2026
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/17			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	232101619

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	$ 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
EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	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 55301854	KUZMAR JASSIR SHADIA MARGARITA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 2.189.200				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 2.189.200	$ 350.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 350.300	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD	30	$ 2.189.200	$ 273.700	$ 0	$ 273.700	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A	30	$ 2.189.200	55301854	$ 11.500		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 635.500

NOTARIA 3era BARRANQUILLA

ALFONSO LUÍS AVILA FADUL
Notario

Nº-2659

"DECLARACIÓN EXTRAPROCESO"
Decreto 1557 de 1.989 y Art. Art. 188 C. G. del P.

En el Distrito Especial, Industrial y Portuario de Barranquilla, Capital del Departamento del Atlántico, República de Colombia, a los treinta (30) días del mes de Octubre del año dos mil veinte (2020), ante mí, **JOSE DEL CARMEN PERTUZ CARRILLO**, Notario Tercero (E) del Círculo de Barranquilla, compareció: **SHADIA MARGARITA KUZMAR JASSIR**, mujer, colombiana, mayor de edad, identificada con la cédula de ciudadanía número 55.301.854 expedida en Barranquilla, de estado civil casada, domiciliada en la carrera 64 # 86-108, de la ciudad de Barranquilla, teléfono 3008372297, ocupación abogada y bajo la gravedad del juramento, el que se presume prestado con la sola firma de la presente declaración, dijo: **PRIMERO:** Declaro bajo la gravedad del juramento en forma libre y espontánea, que mi hijo de nombre **EMMANUEL VALENZUELA KUZMAR**, identificado con R.C.N. No.1.048.090.438, depende económicamente de mí, ya que soy la encargada de sufragar sus necesidades básicas como alimentación, vivienda, vestuario, salud, entre otros y vivimos bajo el mismo techo.----------

Para los efectos indicados en el Articulo 188 del Código General del Proceso, me permito informar bajo la gravedad del juramento que estas declaraciones están destinadas para presentarlas a la PARTE INTERESADA y solo tendrán valor para tal fin. ----------

La presente Acta se firma una vez leída y aprobada por LA DECLARANTE. --------

DERECHOS: $13.600.oo. ----------IVA: $2.584.oo (19%). ----------

LA DECLARANTE: ----------

Shadia Kuzmar

SHADIA MARGARITA KUZMAR JASSIR.
C.C. 55.301.854

Índice derecho

REPUBLICA DE COLOMBIA
José Pertuz Carrillo
NOTARIO ENCARGADO

JOSE DEL CARMEN PERTUZ CARRILLO.
NOTARIO TERCERO (E) DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA

Nº-2659

Dirección: Carrera 52 No. 70-35. Teléfono: 3112814.
E-Mail: escrituración@notariatercera.com.co

REGISTRADURÍA
NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

NUIP 1048090438

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 58371535

5837153 5

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduria	Notaría	Número	Consulado	Corregimiento	Inspección de Policía	Código	C	Z	L
☐	X	☐☐	☐	☐	☐				

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

COLOMBIA - ATLANTICO - BARRANQUILLA NOTARIA 3 BARRANQUILLA * * * * * * * *

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
VALENZUELA * * * * * * * * * * * * * *	KUZMAR * * * * * * * * * * * * * * *

Nombre(s)

EMMANUEL *

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2020 Mes SEP Día 29	MASCULINO	A	POSITIVO

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)

COLOMBIA - ATLANTICO - PUERTO COLOMBIA *

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * * * * *	162991911 * * * *

Datos de madre o padre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

KUZMAR JASSIR SHADIA MARGARITA *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 55301854 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos de padre o madre *(Para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)*

Apellidos y nombres completos

VALENZUELA TORRES JORGE EDUARDO *

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CC No. 1022349414 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	COLOMBIA * * * * * * *

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

VALENZUELA TORRES JORGE EDUARDO *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CC No. 1022349414 * * * * * * * * * * * * * * * * * * *	

Datos primer testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * *

Datos segundo testigo

Apellidos y nombres completos

* *

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
* *	* * * * * * *

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario que autoriza
Año 2020 Mes SEP Día 30	MARTHA LUZ ROJAS ZAMBRANO Nombre y firma

REPÚBLICA DE COLOMBIA NOTARÍA TERCERA DEL CIRCULO DE BARRANQUILLA

- SEGUNDA COPIA PARA EL USUARIO -

Scanned by TapScanner

C O O M E V A M E D I C I N A P R E P A G A D A

NIT. 805.009.741-0

C E R T I F I C A

Que el Señor(a) KUZMAR JASSIR SHADIA MARGARITA con número de documento No. 55301854 se encuentra afiliado(a) a nuestro servicio de MEDICINA PREPAGADA.

Beneficiario	Identificación	Plan - Programa	Parentesco	Fecha Inicio	Valor
KUZMAR JASSIR, SHADIA MARGARIT	55301854	A OROA	Titular	1984/06/27	$ 5,021,700.00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2024 pagó por concepto de Medicina Prepagada la suma de: $ 5,021,700.00

Durante el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2024 pagó por concepto de IVA del servicio Medicina Prepagada la suma de: $ 251,085.00

Monto total de los pagos: $ 5,272,785.00

Se expide este certificado a los 20 días del mes de Mayo de Dos mil veinticinco (2025). De acuerdo con lo dispuesto en el Literal a) del Artículo 387 del Estatuto Tributario y el Artículo 6 del decreto 4713 de Diciembre 26 de 2.005.

Dirección Nacional De Operaciones.
Coomeva Medicina Prepagada.