

**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES**  
**SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1065132727**

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                                          |                          |                                         |
|---------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------------------|
| Nombre ó Razón Social                                                     | MARIA JOSE ANDRADE BOLANO ANDRADE BOLANO |                          |                                         |
| Tipo Identificación                                                       | CÉDULA DE CIUDADANÍA                     | Número de Identificación | 1065132727                              |
| Ciudad/Municipio                                                          | SANTA MARTA                              | Departamento             | MAGDALENA                               |
| Dirección                                                                 | CALLE 23 N 16-19                         | Teléfono                 | 3178945                                 |
| Tipo Empresa                                                              | PRIVADA                                  | Actividad Económica      | Actividades reguladoras y facilitadoras |
| Tipo Aportante                                                            | 02-INDEPENDIENTE                         | Clase Aportante          | I-INDEPENDIENTE                         |
| Forma Presentación                                                        | ÚNICO                                    |                          |                                         |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                                          |                          | NO                                      |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |                   |                          |                  |
|--------------------------------|-------------------|--------------------------|------------------|
| Número Planilla                | <b>4651835212</b> | Tipo de Planilla         | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotización Otros       | abril / 2026      | Periodo Cotización Salud | abril / 2026     |
| Días de Mora                   | 0                 | Fecha Pago               | 2026/04/28       |
| Número Autorización            | 9996592025        |                          |                  |

| INFORMACIÓN BÁSICA                                                         |                        |                                          |                |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------------|----------------|
| Nombres                                                                    | MARIA JOSE             | Apellidos                                | ANDRADE BOLANO |
| Tipo de Identificación                                                     | CC                     | Número de Identificación                 | 1065132727     |
| Tipo cotizante                                                             | INDEPENDIENTE CONTRATO | Subtipo Cotizante                        |                |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior                                    | NO                     | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO             |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : |                        |                                          | NO             |
| Departamento                                                               | MAGDALENA              | Municipio                                | SANTA MARTA    |
| Salario Básico                                                             | \$ 2.884.000           | Tipo de Salario                          |                |

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

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL |          |                               |                   |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|-------------------|
| <b>PENSIÓN</b>                        |          | Administradora                | 230301-PORVENIR   |
| Días                                  | 30       | IBC                           | \$ 2.884.000      |
| Tarifa                                | 16,000 % | Cotización Obligatoria        | \$ 461.500        |
| FSP - Solidaridad                     | \$ 0     | FSP - Subsistencia            | \$ 0              |
| Aportes Voluntarios Empleador         | \$ 0     | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0              |
| Indicador tarifa especial             | Normal   | <b>Total Aporte</b>           | <b>\$ 461.500</b> |

|                                  |          |                        |                    |
|----------------------------------|----------|------------------------|--------------------|
| <b>SALUD</b>                     |          | Administradora         | EPS002-SALUD TOTAL |
| Días                             | 30       | IBC                    | \$ 2.884.000       |
| Tarifa                           | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 360.500         |
| Nro Incapacidad por Enf. General |          | Valor                  | \$ 0               |
| Nro Licencia de Maternidad       |          | Valor                  | \$ 0               |
| Valor ADRES                      | \$ 0     | <b>Total Aporte</b>    | <b>\$ 360.500</b>  |

|                              |           |                     |                                |
|------------------------------|-----------|---------------------|--------------------------------|
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |           | Administradora      | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA |
| Días                         | 30        | IBC                 | \$ 2.884.000                   |
| Clase de Riesgo              | I         | Tarifa              | 0,522 %                        |
| Centro de Trabajo            | 106513272 | <b>Total Aporte</b> | <b>\$ 15.100</b>               |

**TOTAL PAGADO:**

**\$ 837.100**