



**PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL**



DATOS GENERALES DEL APORTANTE										DATOS GENERALES DE LA PLANILLA													
CÉDULA DE CIUDADANÍA		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:								1030422996		NÚMERO PLANILLA:		6015200138		TIPO DE PLANILLA:		INDEPENDIENTES		2020			
MEDELLIN DEPARTAMENTO:		LUIISA MARIA GAVIRIA PIEDRAHITA								571600		PERIODO COTIZACIÓN OTROS		MES		abril AÑO		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES		abril AÑO	
CRA 75 # 47-32 APTO 101		571600								I-INDEPENDIENTE		DÍAS DE MORA:		0		2020/05/14		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		306827570			
PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:		Comercio al por mayor de computadores, equipo per								NO		FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):											
UNICO																							

TOTAL APORTES A PENSIÓN														
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS				FSP		MORA		TOTAL		VALOR PAGADO
				EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA			
3020 I- PROTECCION		1	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 280.200
														\$ 280.200

TOTAL APORTES A SALUD														
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL	
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA
IA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD		1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 218.900	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 218.900
														\$ 218.900

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES														
ADMINISTRADORA	NOMBRE	No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP		PAGO A OTROS RIESGOS		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTAL	
			NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA
4-11 - ARL SUVA		1		\$ 0		\$ 0		\$ 0	\$ 42.700	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 42.700
														\$ 42.700

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES																																			
DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES										SEGURIDAD SOCIAL															
TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COSEGURO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	IVL	TAL	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP	APORTES VOLUNTARIOS	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	
PREPENDEDENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		\$ 0.012.200			NO		R-30																												
	230201-PROTECCION	30	\$ 280.200	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	Normal	\$ 280.200	30	1.750.905	\$ 218.900	\$ 0	\$ 218.900	11-11 - ARL SUVA	30	\$ 103946230	\$ 42.700	\$ 0		\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	

TOTAL PAGADO: \$ 541.800



SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302376115

			Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.
I. TRÁMITE			
TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO	Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	01/06/2026 16:58:54	

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE				
TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	890980367	ESE HOSPITAL SAN RAFAEL	CL 52 50 82	1109320

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE			
CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
3	Otras actividades profesionales, científicas y técnicas n.c.p., incluye actividades de traducción e interpretación, intermediación en materia de patentes, consultoría y asesoramiento técnico sin p (Decreto 768 de 2022)	1749001	1
DIRECCIÓN		MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CLL 52 50-82		VENECIA	Antioquia

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR				
TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
CC	1039462996	GAVIRIA	PIEDRAHITA	
NOMBRE(S)		FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA	
LUIZA MARIA		5/10/1994	BARRIO OBRERO PARTE ALTA - FINCA LA CORONA	
CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
VENECIA	3013785434	3013785434	luisgaviriap@hotmail.com	F
LOCALIDAD/COMUNA		ZONA		
		Urbana		
EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO	
EPS Sura	9	Proteccion	14	
FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN		FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO	
Mes Anticipado		2/6/2026	25129000	
TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE	
ADMINISTRATIVO	1/6/2026	15/12/2026	NO	
DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC		

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 01/06/2026 16:58:54. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.



SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302376115

61214	2512900	2451686	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Trabajo Remoto	NO DEFINIDA
ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR	
Actividades de hospitales y clínicas, co (Decreto 768 de 2022)	3861001	3	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 01/06/2026 16:58:54. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de Colmena Seguros, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.



SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302376115

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES																								
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Martes	X	X	X	X	X	X	X	X																
Miércoles	X	X	X	X	X	X	X	X																
Jueves	X	X	X	X	X	X	X	X																
Viernes	X	X	X	X	X	X	X	X																

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		
ARL NO DEFINIDA		0		

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

<p>DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE</p>	<p>DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.</p>	
<p>FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL</p>	<p>FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL</p>	<p>SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL</p>
<p>NOMBRE: _____</p>	<p>FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE</p>	<p>NOMBRE: _____</p>