



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

DAVIVIENDA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1098744029
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:	DIEGO FERNANDO GOMEZ SILVA	
CIUDAD/MUNICIPIO:	BUCARAMANGA DEPARTAMENTO:	SANTANDER
DIRECCIÓN:	CALLE 102 BULEVAR FONTANA TELÉFONO:	6378460
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - DIEGO SILVA
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
NÚMERO PLANILLA:	6028542682	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio	PERIODO COTIZACIÓN	MES: julio
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0		
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/10	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	555242770

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				
8002248088	230301	230301-PORVENIR		1	\$ 280.200	
SUBTOTAL:				1	\$ 280.200	
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL		1	\$ 218.900	
SUBTOTAL:				1	\$ 218.900	
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA		1	\$ 9.200	
SUBTOTAL:				1	\$ 9.200	

VALOR SIN MORA:	\$ 508.300
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 508.300

Planilla pagada

TOTAL PAGADO:-	\$ 508.300
----------------	------------

Ver certificado



CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE



Certificamos que DIEGO FERNANDO con documento Cedula de Ciudadania 1098744029, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) DIEGO FERNANDO GOMEZ SILVA con documento CC 1098744029, como se detalla a continuación:

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA			
Número de Planilla	6028542682	Tipo de Planilla	I-INDEPENDIENTES
Periodo Cotizado Otros	JULIO/2026	Periodo Cotización Salud	JULIO/2026
Fecha Pago	2026/08/10	Número de Autorización	555242770

APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL		
PENSIÓN	Administradora	230301 - PORVENIR
Días	30 Tarifa	16,000 %
Indicador tarifa especial	Normal	

SALUD	Administradora	EPS002 - SALUD TOTAL
Días	30 Tarifa	12,500 %

RIESGOS PROFESIONALES	Administradora	14-11 - ARL SURA
Días	30 Tarifa	0,522 %
Clase de Riesgo	1	

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO