PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	72217445
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			JAVIER GUSTAVO MARTINEZ AROCA
CIUDAD/MUNICIPIO:	PEREIRA	DEPARTAMENTO:	RISARALDA
DIRECCIÓN:	CR 30 91-80 CASA 5	TELÉFONO:	3443624
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades de la práctica médica,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**6027047068**	TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES		
PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto	PERIODO COTIZACIÓN	MES: agosto		
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD:	AÑO: 2026		
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/08/06	NÚMERO AUTORIZACIÓN:	546105266		

NOVEDADES

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

planilla pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
9003360047	25-14	25-14 COLPENSIONES	1	$ 883.200
		SUBTOTAL:	1	**$ 883.200**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8001309074	EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1	$ 690.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 690.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002261753	14-25	14-25-COLMENA	1	$ 134.500
		SUBTOTAL:	1	**$ 134.500**

VALOR SIN MORA:	**$ 1.707.700**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 1.707.700**

	PERSONAS NATURALES DECLARACIÓN JURAMENTADA DE PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL Y APORTES PARAFISCALES	Código:	FOR-0046-042
		Versión:	01

Santa Rosa de Cabal 14 de octubre 2026

Señor:

JUAN SEBASTIAN RESTREPO SALGADO

SUPERVISOR DE CONTRATO

E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl

La Ciudad

Yo **Javier Gustavo Martinez Aroca** identificado (a) con cédula de ciudadadnía número **72.217.445** de **Barranquilla**, en cumplimiento de lo establecido en el articulo 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 demas 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 correspondiente al mes de **Agosto 2026** según planilla Nro. **6027047068** corresponden al Contrato Nro. **246-2026** suscrito con la E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato.

Cordialmente,

Nombre: Javier Gustavo Martinez Aroca

C.C 72.217.445