Arauca, 30 de octubre de 2026

Señores
HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA ESE
Arauca

Ref.: Declaración juramentada sobre aportes de seguridad social, por contrato de **PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°2-2101 DE 2026.**

Yo **HAMMER EDISSON CASTAÑEDA HERNANDEZ**, identificado con cedula de ciudadanía N° **1.116.786.523** de Arauca - Arauca, declaro bajo la gravedad de juramento que las planillas y pagos aportados en lo referente a la seguridad social de la presente cuenta de cobro, se realizaron para la ejecución a cabalidad del Contrato de Prestación de Servicios suscrito con el Hospital San Vicente de Arauca ESE.

Atentamente,

HAMMER EDISSON CASTAÑEDA HERNANDEZ
C.C. No. 1.116.786.523 de Arauca – Arauca

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1116786523		CASTAÑEDA HERNANDEZ HAMMER EDISSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 21 10 48	ARAUCA-ARAUCA	3195875676	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	745163896	9511452251	I	2026/10/07	2026/10/16	BANCO DAVIVIENDA	9	$1,183,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	irl	vac	avp	vct	vsi	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1116786523	CASTAÑEDA HAMMER																		230301	30	$3,800,000	$608,000	EPS005	30	$3,800,000	$475,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,800,000	$92,600	0	$0	$0	No	$1,175,600
Total	Afiliados(1)																						$3,800,000	$608,000			$3,800,000	$475,000			$0	$0			$3,800,000	$92,600		$0	$0		$1,175,600

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1116794523		CASTAÑEDA HERNANDEZ HAMMER EDISSON	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	calle 21 10 48	ARAUCA-ARAUCA	3135875676	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-09	2026-09	745163896	95114522S1	I	2026/10/07	2026/10/16	BANCO DAVIVIENDA	9	$1,183,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	Fondo Solidaridad Pensional	Intereses de Mora Fondo Solidaridad	Fondo Subsistencia	Intereses de Mora Fondo Subsistencia	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$608,000	$4,000					$0	$612,000
PORVENIR	230301	800.224.808	8	1	$608,000	$4,000	$0	$0	$0	$0	$0	$612,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$92,600	$700					$0	$93,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860.011.153	6	1	$92,600	$700	$0	$0	$0	$0	$0	$93,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$475,000	$3,200					$0	$478,200
SANITAS	EPS005	800.251.440	6	1	$475,000	$3,200	$0	$0	$0	$0	$0	$478,200
TOTAL				1	$1,175,600	$7,900	$0	$0	$0	$0	$0	$1,183,500

Arauca (Arauca), 30 de octubre de 2026

Señores:
HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.
Ciudad.

Asunto: **DECLARACIÓN JURAMENTADA, SOBRE NO TENER PERSONAL A CARGO.**

HAMMER EDISSON CASTAÑEDA HERNANDEZ, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 1.116.786.523 de Arauca - Arauca, bajo la gravedad de juramento, declaro que en concordancia con el artículo 383 del estatuto tributario, que no tuve personal a mi cargo durante el mes de **octubre** del año **2026**.

La anterior se expide para el cobro de los honorarios del Contrato de Prestación de Servicios Profesionales **No. 2–2101** de 2026, suscrito con el **HOSPITAL SAN VICENTE DE ARAUCA E.S.E.**

Atentamente,

HAMMER EDISSON CASTAÑEDA HERNANDEZ
C.C. No. 1.116.786.523 de Arauca – Arauca
Tarjeta Profesional N° 261.666
Asesor de Contratación – HSVA
Contratista