




GESTIÓN ADMINISTRATIVA		GESTIÓN CONTRACTUAL			
FORMATO CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO E INFORME DE SUPERVISIÓN					
Código: GAD-GCT-FM24		Versión: 01		Fecha de emisión: 2022-02-01	
1. DATOS GENERALES					
CONTRATISTA	JESÚS DANIEL OSPINO RIVERO		NIT/ CC No.	1,103,119,884	
CORREO ELECTRÓNICO	jospinor@invima.gov.co		TELÉFONO	3003751078	
TIPO DE CONTRATO	Contrato de Prestación de Servicios profesionales y/o de apoyo a la gestión		N/A		
No. CONTRATO	249 DE 2025		TERMINO DE EJECUCIÓN	2025-12-31	
OBJETO DEL CONTRATO	Prestar servicios de apoyo a la gestión para contribuir al mejoramiento de la capacidad de respuesta en las acciones procesales y procedimentales generadas de la inspección, vigilancia y control de los productos competencia de INVIMA, en el marco de las actividades descritas en el POA 2025, de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria				
FECHA DE SUSCRIPCIÓN	2025-02-06	FECHA DE INICIO	2025-02-06	FECHA DE TERMINACIÓN	2025-12-31
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	\$30'426.667	SALDO ANTERIOR DEL CONTRATO	\$ 7,746,667	VALOR A PAGAR	\$ 2,800,000
NUEVO SALDO DEL CONTRATO	\$ 4,946,667	VALOR PAGADO	\$ 25,480,000	No. PAGO QUE SE CERTIFICA	DECIMO
TIPO DE PAGO	PARCIAL	FACTURA / CUENTA N°.	10	PERIODO OBJETO DE PAGO	(09 de octubre de 2025 al 08 Noviembre del 2025)
BANCO	Bancolombia	TIPO DE CUENTA	Ahorros	No DE CUENTA	55080669878
2. OBSERVACIONES DEL CONTRATO					
(Indicar las adiciones, prórrogas, modificaciones, suspensiones, etc., que haya tenido el contrato. También podrá indicar lugar de ejecución y área de intervención cuando sea el caso)					
N/A					
3. SOPORTES DE CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES CONTRACTUALES					
En mi calidad de supervisor (a) del contrato, luego de revisar y analizar las actividades realizadas por el contratista, certifico el cumplimiento a satisfacción de las obligaciones contractuales para el presente pago y de la entrega de los soportes que lo acreditan:					
Señale los documentos o soportes adjuntos al presente formato					
Informe de actividades	SI	Facturas	N/A		
Pago Parafiscales	NO	Ingreso a Almacén	N/A		
SGSSI	SI	Documentos a cargo	SI		
Carné	NO	Otros. Cuales?	N/A		
indique las observaciones respectivas					
4. RELACIÓN DEL PAGO APORTE AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL					
NÚMERO DE PLANILLA	81371907				
ITEM	PERIODO DE PAGO	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO	ENTIDAD	
SALUD	OCTUBRE 2025	2025-10-31	\$ 130.500	SURA EPS	
PENSIÓN	OCTUBRE 2025	2025-10-31	\$ 167.100	PORVENIR	
ARL	OCTUBRE 2025	2025-10-31	\$ 5.500	POSITIVA	
Nota: Los parafiscales corresponden a Sena, ICBF, Caja de compensación según el caso; SGSSI que corresponde a salud, pensión y riesgos laborales. Se debe anexar los pagos o planillas.					
5. INFORME PARCIAL DE LA EJECUCIÓN CONTRACTUAL					
(El supervisor deberá realizar un informe respecto de la ejecución del contrato en la casilla correspondiente al tipo de contrato)					
<input type="checkbox"/> En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO: <input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/> 1. Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas. <input type="checkbox"/> 2. Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes. <input type="checkbox"/> 3. Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de actividades, correspondiente al periodo de cobro, objeto de la presente certificación.					
<input type="checkbox"/> En caso de no cumplir con las obligaciones establecidas en el contrato el supervisor debe tener en cuenta el numeral 22 y siguientes del Manual de Supervisión e Interventoría GAD-GCT-MN2 y el numeral 7.8 del Manual de Contratación GAD-GCT-MN1.					
Fecha de expedición de la presente certificación:		AAAA	MM	DD	
		2025	11	10	
 ELIANA KATHERINE GOMEZ MEJIA Director Técnico Encargado de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria		Recepción por parte del Grupo Financiero y Presupuestal			
		Nombre			
		Fecha de revisado:		AAAA-MM-DD	
		Consecutivo:			
NOTA 1. Los supervisores deberán allegar los informes y toda la documentación que se deriven de la ejecución del presente contrato al expediente contractual. NOTA 2. Los supervisores una vez se cumpla el plazo de ejecución del contrato, deberán elaborar el informe final de supervisión, de acuerdo con lo señalado en el manual de Interventoría y Supervisión GAD-GCT-MN2.					

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

1. DATOS GENERALES DEL CONTRATO			
No. CONTRATO	249 DE 2025		
CONTRATISTA:	JESUS DANIEL OSPINO RIVERO	NIT / C.C No. :	1.103.119.884
OBJETO CONTRACTUAL:	Prestar servicios de apoyo a la gestión para contribuir al mejoramiento de la capacidad de respuesta en las acciones procesales y procedimentales generadas de la inspección, vigilancia y control de los productos competencia de INVIMA, en el marco de las actividades descritas en el POA 2025, de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria.		
VALOR DEL CONTRATO	Treinta millones cuatrocientos veintiseis mil seiscientos sesenta y siete Pesos M/CTE (\$30'426.667)		
FECHA DE SUSCRIPCIÓN:	2025-02-06	PLAZO DE EJECUCIÓN DIAS	326 días
FECHA DE INICIO:	2025-02-06	FECHA DE TERMINACIÓN:	2025-12-31
FECHA PERIODO DE PAGO.	DE: 2025-10-09	HASTA:	2025-11-08
PAGO NÚMERO:	Pago 10	DEPENDENCIA	DIRECCIÓN DE RESPONSABILIDAD SANITARIA
SUPERVISOR DEL CONTRATO:	ELIANA KATHERINE GOMEZ MEJIA DIRECTORA TECNICA DE RESPONSABILIDAD SANITARIA		
2. OBLIGACIONES CONTRACTUALES			
No.	OBLIGACIONES ESPECIFICAS	ACCIONES REALIZADAS	EVIDENCIAS
1	Colaborar en los tramites de carácter procedimental como notificaciones, comunicaciones, avisos, oficios y demás documentos, para impulso de los procesos sancionatorios.	- Durante el periodo comprendido del 09 de octubre al 09 de noviembre se realizaron Notificaciones, Publicaciones, comunicaciones, asignados por parte de la coordinadora de secretaria técnica en el periodo laborado, se puede evidenciar en GRUPO DE SECRETARIA TECNICA DRS, para revisar 2025, carpeta 10 octubre 2025, en la carpeta JESÚS, se encuentra toda la información, al igual puede ser verificada en la plataforma SANCIONA. 201614870 – 201614871 – 201614545 – 201612801 – 201614621 – 201612953 – 201612731 – 201614243 – 201614297 – 201614291 – 201614515 – 201614344 – 201614375 – 201613334 – 201613099 – 201614631 – 201613543 – 201613263 – 201613431 – 201614597 – 201613653 – 201613999 – 201614446 – 201612563 –	Las evidencias pueden ser consultadas en el siguiente link de TEAMS - https://acortar.link/silbFA

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

		201613149 – 201613758 – 201614652 – 201614644 – 201614198 – 201614399 – 201613066 – 201613086 – 201613010 – 201614801 – 201614627 – 201612950 – 201614445 – 201612720 – 201612958 -201612965 - 201614575 – 201614589	
2	Presentar informe mensual sobre actuaciones desarrolladas en relación con el procedimiento administrativo sancionatorio, como estrategia que permita obtener información relevante para las actividades de pedagogía y de educación sanitaria dirigidas a los diferentes actores que intervienen en el IVC.	- Se apoyó en la elaboración del informe de las actividades realizadas en el mes de octubre de 2025 el cual se envió a la Coordinadora Yubmary a través de la plataforma TEAMS.	- Las evidencias pueden ser consultadas en el Archivo Excel que registra en TEAMS https://acortar.link/iMuAlr
3	Mantener actualizados los sistemas de informaciones SIRS, sanciona SE suiete, bases de datos internos del grupo y/o plataformas tecnológicas empleadas en la dirección para los tramites asociados a los procesos administrativos sancionatorio.	- Durante el periodo del presente informes se apoyó semanalmente en la actualización de la base de datos "INFORME DE PRODUCCION DE OCTUBRE" el cual se envió a la Coordinadora Yubmary a través de correo electrónico.	- Las evidencias pueden ser consultadas en el Archivo Excel que registra en teams. https://acortar.link/iMuAlr
4	Brindar apoyo técnico administrativo que permita una adecuada gestión de la información generada de las actividades de acompañamiento pedagógico teniendo en cuenta los criterios enunciados en los procesos y procedimientos.	- Se apoyó a la servidora de archivo Diana Londoño con la validación de los códigos de las sillas y escritorios de la Dirección de Responsabilidad sanitaria. Con el fin de validar el inventario asignado a la DRS:	- Validación de los códigos de las sillas y escritorios de la Dirección de Responsabilidad Sanitaria.
5	Apoyar la programación y desarrollo de actividades pedagógicas con entes descentralizados, entidades del orden nacional y colectivos de usuarios sobre el proceso administrativo sancionatorio.	- Para el periodo del presente mes no se requirió realizar esta actividad.	- N/A
6	Asistir a las mesas de trabajo, comités, reuniones, capacitaciones, y/o retroalimentación que sean convocadas por el	- Se observaron los videos de la primera capacitación de sesuite drs - pqrds - correspondencia	Las evidencias pueden ser consultadas en la carpeta TEAMS:

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

supervisor y atender oportunamente las solicitudes y compromisos que surjan de estas.	saliente y anulaciones de radicados. - El día 21/10/2025 participe en las capacitaciones de confidencialidad de la información y en la segunda capacitación sesuite drs - pqrds - correspondencia saliente y anulaciones de radicados. - El día 21/10/2025 se participe en la capacitación confidencialidad de la información. - El día 29/10/2025 participe en socialización análisis de casos.	- https://acortar.link/Y1P2XS - https://acortar.link/eFfbEE - https://acortar.link/q2zdH3 - https://acortar.link/GywUaB - INFORME ANALISIS DE CASO PS No. 201612393 - JESUS OSPINO.pdf
---	---	--

Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas

3. VIAJES O DESPLAZAMIENTOS (CUANDO APLIQUE)


A continuación, relaciono los desplazamientos que realicé previo a la presentación de este informe. Una vez finalizado cada desplazamiento presenté ante el supervisor del contrato un informe sobre las actividades realizadas. Cada informe cuenta con el visto bueno del Supervisor, se constituye en soporte de la legalización de los desplazamientos realizados y forma parte integral del presente Informe de ejecución contractual, el cual relaciono así:

ITEM	No. AUTORIZACIÓN DE VIAJE	LUGAR DE DESPLAZAMIENTO	FECHAS DE DESPLAZAMIENTOS	
			INICIO	FINALIZACIÓN
1.	N/A	N/A	N/A	N/A

4. CUMPLIMIENTO FRENTE A LA OBLIGACIÓN DE SEGURIDAD SOCIAL

Para el trámite de la cuenta me permito adjuntar: fotocopia o en medio magnético de la planilla, recibo de pago de aportes a salud, pensiones y ARL, correspondiente al mes de **SEPTIEMBRE** del año 2025.

Pago No.	Valor de honorarios	Base de cotización	No. días base de cotización	Valor Pago correspondiente EPS, Pensión y ARL	No. Planilla	Planilla Expedida por (operador)
1	\$2.800.000	\$1.423.500	22	\$303.100	81371907	Enlace operativo

	GESTIÓN ADMINISTRATIVA	GESTIÓN CONTRACTUAL	
	FORMATO INFORME ACTIVIDADES CONTRATISTA		
	Código: GAD-GCT-FM9	Versión: 01	Fecha de emisión: 2022/02/01

5. BALANCE FINANCIERO

Valor total del contrato	\$30'426.667
Valor ejecutado a la fecha (incluyendo el periodo actual).	\$25.480.000
Saldo del contrato	\$4.946.667

6. PUBLICACION EN LA PLATAFORMA SECOP II LAS CERTIFICACIONES DE CUMPLIMIENTO PARA PAGO, INFORMES Y SOPORTES CORRESPONDIENTES

NÚMERO DE PAGO CON SUS RESPECTIVOS SOPORTES PUBLICADOS	PUBLICACIÓN EN SECOP II	
	SI	NO
10	X	

Atentamente,

Jesús Ospino

JESÚS DANIEL OSPINO RIVERO
 Contratista
 C.C. No. 1.103.119.884

Visto Bueno

Yubmary Paola Brochero Pulido

YUBMARY PAOLA BROCHERO PULIDO
 Coordinadora Grupo de secretaria técnica
 Dirección de Responsabilidad Sanitaria

Recibí a satisfacción:

Eliana Katherine Gomez Mejia

ELIANA KATHERINE GOMEZ MEJIA
 Directora Técnica de Responsabilidad Sanitaria
 Supervisor del Contrato 249 DE 2025

**DECLARACIÓN DEPURACIÓN DE LA BASE DEL CALCULO DE
RETENCIÓN A TITULO DE RENTA Y AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS
PERSONALES**

Bogotá D.C.

Señores

INSTITUTO NACIONAL DE VIGILANCIA DE MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS – INVIMA

Ciudad

En cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y el artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Contratista: **Jesús Daniel Ospino Rivero**

Identificación: **1.103.119.884**

1. En el año anterior o en el año en curso mis ingresos brutos totales provenientes de la actividad o por suscripción de contrato; son **inferiores** a 4,000 UVT. De acuerdo con las siguientes cifras.

* \$169,648,000 con UVT (\$42,412) año 2023 SI (X) NO ()

* \$188,260,000 con UVT (\$47,065) año 2024 SI (X) NO ()

2. Aportes a Seguridad Social (Ley 1955 de 2019 en su artículo 244, INGRESO BASE DE COTIZACIÓN -IBC DE LOS INDEPENDIENTES. Los trabajadores independientes con ingresos netos iguales o superiores a 1 salario mínimo legal mensual vigente que celebren contratos de prestación de servicios personales, cotizarán mes vencido al Sistema de Seguridad Social Integral, sobre una base mínima del 40% del valor mensualizado del contrato, sin incluir el valor del Impuesto al Valor Agregado (IVA)). por consiguiente

2.1. Declaro que: SI () NO (X) tengo más ingresos a parte del ingreso proveniente del INVIMA.

2.2. Si en la pregunta anterior marcó **SI**, diligencie la siguiente información:

NO.	CONTRATANTE	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	VALOR TOTAL	VALOR MENSUAL
1					
2					
3					
4					
5				-	-

3. Soy pensionado SI () NO (X), según resolución No. _____.

4. Aportes voluntarios a pensión SI () NO (X): (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación¹.

5. Aporte cuenta AFC SI () NO (X):

6. Certificación del banco y consignación realizada a la cuenta N/A

7. Autorizo me sea aplicada una tarifa superior a la expresada en el artículo 383 del Estatuto tributario (Tarifa de Retención por Ingresos Laborales) SI () NO (X);

Favor indicar la tarifa (%)

Si en numeral 6 marco **SI** dirijase al numeral 9, si respondió NO seguir con las preguntas de la 7 a la 8:

8. Para efectos de lo previsto en el parágrafo 2° del artículo 387 del estatuto Tributario, para el beneficio tributario de deducción por dependientes, de manera libre, espontánea. Manifiesto que

¹ El certificado con el pago de los intereses en préstamos para vivienda efectuados en el año 2023, o los certificados del pago de medicina prepagada durante el 2023, se deben entregar al empleador como máximo hasta abril 15 de 2024. Mientras tanto, hasta que le llegue este certificado, el empleador o pagador seguirá usando el mismo valor mensual que usó en las depuraciones de 2023

las siguientes personas dependen económicamente de mí y ninguna otra persona está haciendo uso de este beneficio:

NOMBRE	EDAD	PARENTESCO	TIPO DOCUMENTO	DOCUMENTO

Con lo anterior se solicita que en la depuración de la base de retención sea descontado el 10% de mis ingresos brutos y hasta un máximo de 32 UVT (\$1,506,080) por concepto de dependientes.

9. Así mismo, informo los demás conceptos requeridos para la liquidación de mi cuenta de cobro, así:
- 9.1. Pagos adicional por salud SI () NO (**X**) : Certificación de medicina prepagada, plan complementario o póliza de salud que detallen afiliados y valor pagado durante el año inmediatamente anterior. (Diferente al aporte Obligatorio) anexo certificación.
- 9.2. Intereses de vivienda: Certificación del crédito hipotecario o leasing para adquirir vivienda expedida por la entidad financiera donde indique los intereses pagados durante el año inmediatamente anterior. SI () NO (**X**) anexo certificación.
- 9.2.1. El crédito fue tomado por más de una persona, solicito tomar solo el ()% para la deducción.
- 9.2.2. Solicito que la totalidad de la deducción se tenga en cuenta en la liquidación dado que mi conyugue no ha solicitado disminución de su base gravable por concepto de intereses de vivienda, por el crédito hipotecario. SI () NO ()
10. Informaré oportunamente sobre cualquier cambio en el origen, proporción de mis ingresos o cambio respecto a mi categoría tributaria.

AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES

De acuerdo con los requerimientos de la Ley 1581 de 2012 y a lo establecido en la política de tratamiento y Protección de datos personales, mediante el registro de sus datos personales en el presente formulario usted autoriza al Invima para la recolección, almacenamiento y uso de estos con la finalidad de adelantar el trámite de su solicitud. Como Titular de la información tiene derecho a conocer, actualizar y rectificar sus datos personales, solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, ser informado sobre el uso que se ha dado a los mismos, presentar quejas ante el Invima por infracción a la ley, revocar la autorización y/o solicitar la supresión de sus datos en los casos en que sea procedente y acceder en forma gratuita a los mismos.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá a los 06 días del mes de noviembre de 2025.

Jesús Ospino

Jesús Daniel Ospino Rivero
C.C.1.103.119.884

Certificación Bancaria

Jueves, 06 de noviembre de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JESUS DANIEL OSPINO RIVERO identificado(a) con CC 1103119884, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros	55080669878	2017-08-11	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

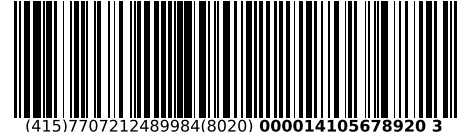
 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

2. Concepto Actualización de oficio

4. Número de formulario

141056789203



(415)7707212489984(8020) 000014105678920 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 1 0 3 1 1 9 8 8 4

6. DV

1

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Sincelejo

14. Buzón electrónico

2 3

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 1 0 3 1 1 9 8 8 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Sucre

7 0

30. Ciudad/Municipio

Corozal

2 1 5

31. Primer apellido

OSPINO

32. Segundo apellido

33. Primer nombre

JESUS

34. Otros nombres

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Sucre

7 0

40. Ciudad/Municipio

Sincelejo

0 0 1

41. Dirección principal

CL 25 A # 12 25

42. Correo electrónico

ospino315@gmail.com

43. Código postal

7 0 0 0 0 1

44. Teléfono 1

3 0 0 3 7 5 1 0 7 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

6 9 1 0

47. Fecha inicio actividad

2 0 2 1, 0 9, 0 7

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1

2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
5	4	9																							

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

Exportadores

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

55. Forma

56. Tipo

Servicio

1

2

3

57. Modo

58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos

SI NO

60. No. de Folios:

0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

985. Cargo

PAGADO 31/10/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JESUS DANIEL OSPINO RIVERO		
Documento	CC1103119884	Dirección	CR 11 #188 - 72
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	5017278
Tipo Persona	NATURAL	Forma Presentación	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	POSITIVA DE SEGUROS

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades												Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales			Total										
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	COR	USI	SN	IGI	UMC	AMP	ACI	IRP	Dias FER	Dias EPS	Dias ANE	Dias CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total	
CC 1103119884	JESUS DANIEL OSPINO RIVERO	59	00	X																0	22	22	22	0	(230301) PORVENIR	\$ 1.043.900	\$ 167.100	(EPS010) EPS SURA	\$ 1.043.900	\$ 130.500	0,522	\$ 1.043.900	\$ 5.500	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 303.100

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
\$ 1.043.900	\$ 1.043.900	\$ 1.043.900	\$ 0	\$ 167.100	\$ 130.500	\$ 5.500	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 0	\$ 303.100	\$ 0	\$ 303.100