HOSPITAL PILOTO JAMUNDI - ESE - NIT 890.306.950-6

ACTA PARCIAL DE SUPERVISION
00-2025-ACIT-1094

DATOS DEL CONTRATO

Número del contrato: **Contrato de Prestacion de Servicios 00-2025-HCON-19**
Fecha de suscripción: 3 de Julio de 2025 Tipo de contrato: [C3] Contrato de prestación de servicios
Contratista: [1143849703] RIVAS OSPINA PAOLA ANDREA
Representante legal: [1143849703] RIVAS OSPINA PAOLA ANDREA
Dirección: CR 7 10 250 CON COUNTRY PLAZA UNO, JAMUNDI (VALLE DEL CAUCA)
Teléfono(s): 3162714763 - Correo electrónico: rivasospinap@gmail.com
Términos del contrato: Desde el 15 de Julio de 2025 Hasta el 14 de Noviembre de 2025 Duración: 4 Meses
Objeto del contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD.

DATOS DEL VALOR DEL CONTRATO

Fecha	Descripción	Valor	% Ejecución	Acumulado
3-Jul-2025	Apropiación inicial: REGISTRO PRESUPUESTAL 00-2025-RP-1655	24,000,000.00	0.00	24,000,000.00
15-Jul-2025	Acta de inicio: 00-2025-ACIN-145		0.00	24,000,000.00
26-Jul-2025	ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2025-ACIT-342 / Documento soporte: CT 01	6,000,000.00	25.00	18,000,000.00
14-Ago-2025	ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2025-ACIT-698 / Documento soporte: CT 02	6,000,000.00	50.00	12,000,000.00
16-Sep-2025	ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2025-ACIT-959 / Documento soporte: CT 03	6,000,000.00	75.00	6,000,000.00
17-Oct-2025	ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2025-ACIT-1094 / Documento soporte: CT 04	6,000,000.00	100.00	

Valor por ejecutar: 0.00

DATOS DEL ACTA PARCIAL DE SUPERVISION

Fecha de elaboración: Viernes, 17-Oct-2025 11:30 am Factura: Cuenta de cobro 04

Avance técnico
El contrato tiene un avance tecnico de cumplimiento del 100%

Avance financiero
El contrato tiene un avance financiero de cumplimiento del 100%

Comentarios
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1143849703
NUMERO DE CONTRATO: 00-2025-HCON-019
OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD.
PERIODO: 6 DE SEPTIEMBRE AL 15 DE OCTUBRE 2025
En el marco del contrato de prestación de servicios y en cumplimiento del objeto contractual, se verificó el cumplimiento de las obligaciones específicas a cargo del CONTRATISTA, como se detalla a continuación:

1. No se realizó la actividad durante el periodo reportado; Se realizará en periodos posteriores según requerimiento del supervisor.

2. Realizo el diligenciamiento de la caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el Territorio: ALFEREZ REAL 1 - 2, EDEN DEL PARQUE (SECTOR EN DESARROLLO), PORTAL DEL JORDAN - LOS MANDARINOS, TORRES DE JAMUNDI - VILLAS DE ALTA GRACIA HOJARASCA, VILLA PYME - CIUDAD DE DIOS - VILLAS DEL PARQUE en 42 hogares

3. No se realizó la actividad durante el periodo reportado

4. Prestó servicio asistencial a la comunidad, aplicando los conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de las agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertada con el superior inmediato acerca de la duración de las consultas. Realizó un total de 9 atenciones durante el periodo reportado.

5. Brindó educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la identificación de signos de alarma y la adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno. En los temas de: SALUD MENTAL

6. En el periodo reportado no se requirió el apoyo a la actividad.

7. Prestó apoyo en las diferentes actividades que se asignaron por parte del supervisor del contrato y que fueron acordes con el objeto del mismo, como facturación y registro de 149 historias clinicas de atenciones realizadas y seguimiento de atenciones.

8. Apoyó la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados dentro de la Entidad, replicando la gestión del proyecto a través de las redes sociales. La evidencia quedó registrada en el siguiente enlace: https://drive.google.com/file/d/1hx-Ad_YRE70ErL5XThNP0viuCODWsdEj/view?pli=1

9. Participó, sin perjuicio de su autonomía, en las reuniones a las cuales fue invitado con ocasión de las actividades que se ejecutaron en el marco de este

DATOS DEL CONTRATO

Número del contrato: **Contrato de Prestacion de Servicios 00-2025-HCON-19**
Fecha de suscripción: 3 de Julio de 2025 Tipo de contrato: [C3] Contrato de prestación de servicios
Contratista: [1143849703] RIVAS OSPINA PAOLA ANDREA
Representante legal: [1143849703] RIVAS OSPINA PAOLA ANDREA
Dirección: CR 7 10 250 CON COUNTRY PLAZA UNO, JAMUNDI (VALLE DEL CAUCA)
Teléfono(s): 3162714763 - Correo electrónico: rivasospinap@gmail.com
Términos del contrato: Desde el 15 de Julio de 2025 Hasta el 14 de Noviembre de 2025 Duración: 4 Meses
Objeto del contrato: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD.

DATOS DEL VALOR DEL CONTRATO

Fecha	Descripción	Valor	% Ejecución	Acumulado

contrato. Conforme a la programación de fortalecimiento de capacidades al talento humano: Resgistro de seguimiento plan integral cuidado familiar, riesgo cardiovascular y prevención de accidentes ocasionados por minas antipersona, municiones sin explosionar y trampas explosivas.
10. Se adhirió a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante, lo cual incluyó: a) permitió auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE; b) participó en las capacitaciones, seminarios y, en general, en reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad

En el presente periodo del contratista Anexó planilla de pago de seguridad social Septiembre del 2025 No. 90331476

ANDRES SANDOVAL CORTES
SUBGERENTE CIENTIFICO
AMBULATORIO
SUPERVISOR DEL CONTRATO

HOSPITAL PILOTO JAMUNDI
Empresa Social del Estado
NIT: 890306950-6

FORMATO DOCUMENTO EQUIVALENTE
Decreto 358 del 05 de marzo del 2020, Articulo 615 ET.
CODIGO: FIN-FTO-0025 **VERSION: 001** **FECHA DE APROBACION: 21-05-2025**

Área o Proceso de la ejecución del contrato: **ATENCION PRIMARIA EN SALUD** Contrato N°. **00-2025-HCON-019**
Fecha de Suscripción del Contrato: **03-07-2025**
Nombre y/o Razón Social Adquiriente: **HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDI E.S.E**
Nit: **890.306.950 – 6** Dirección: **Av Circunvalación 9 - 13** No. Teléfono: **4868676**
Ciudad: **Jamundí, Valle del Cauca**
Nombre y/o Razón Social Beneficiario: **PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA**
Cédula o Nit del Beneficiario: **1143849703** Dirección Beneficiario: **CARRERA 7 # 10-250**
Teléfono: **3162714763** Correo Electrónico: **rivasospinap@gmail.com** Ciudad: **JAMUNDI**
INFORMACIÓN CONTRACTUAL
Objeto del Contrato: **PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD.**
N°. RP: **00-2025-RP-1655** N°. CDP: **00-2025-CDP-230** Vr Total del contrato: **$24.000.000,00**
Concepto: **Cuota No. 4** del **15/10/2025** Contrato: **00-2025-HCON-019** Valor: **$24.000.000 ,00** Otro Si: **N/A** Anexo comprobante de pago EPS, pensión y ARL con planilla Nro. **90331476** del operador **COMPENSAR** del periodo de cotización mes **SEPTIEMBRE de 2025** Favor consignar en Cuenta **AHORRO** No. **60516068682** del **Banco BANCOLOMBIA** Valor: **$6.000.000,00**
Son: **SEIS MILLONES DE PESOS MCTE**

DECLARACIÒN JURAMENTADA

Yo Pedro Andres Rivas identificado (a) con documento de identidad No. 1143849703.

de CALI manifiesto libre y voluntariamente, para efectos de la depuración de la base de retención en la fuente de que trata el artículo 383 E.T sobre ingresos laborales, honorarios o compensación por servicios personales:

1 Que el RUT entregado al Hospital Piloto de Jamundi se encuentra actualizado, a la fecha no tiene cambios.
2 No he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad desarrollada.
3 Tengo dependientes económicos a mi cargo idenficados planamente de conformidad con el Art.387 Par.2

Parentesco	No. Identificación	Nombre	Edad	Ausencia de ingreso o valor inferior a 260 UVT	Estudios	Factor físico o sipcológico

Para las siguientes deducciones debe **adjuntar certificación expedida por la entidad** competente donde conste los pagos efectivamente realizados:

4 Por salud a empresas de medicina prepagada de conformidad con el Art.387 E.T — SI [ ] NO [X]

5 Por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia Art.387 E.T — SI [ ] NO [X]

Por intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos , o costo financiero en virtud de un contrato de leasing para adquisición de vivienda del trabajador — SI [ ] NO [X]

7 Por las demás rentas que la ley de manera taxativa prevé como exentas en razón a su origen adjunto para la depuración:

Declaro bajo la gravedad de juramento que toda la información aquí suministrada es VERIDICA. Autorizo que por cualquier medio se verifique los datos aquí contenidos y en caso de falsedad, que se apliquen las sanciones contempladas en la Ley y me comprometo a informar a Hospital cualquier cambio que que ocurra con los datos aquí suministrados.

Jamundí 15 del mes 10 de 2025

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

CUOTA No.4

NOMBRE: PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA

DOCUMENTO: 1143849703

NUMERO DE CONTRATO: **00-2025-HCON-019**

OBJETO DE CONTRATOS: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES COMO PSICÓLOGO EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS), A TRAVÉS DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ) - CONTINUIDAD.

PERIODO: **6 DE SEPTIEMBRE AL 15 DE OCTUBRE 2025**

En el marco del programa de atención primaria en salud, me permito manifestar que realice las actividades contractuales de la siguiente manera:

ACTIVIDAD CONTRACTUAL	DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL
1) Liderar el equipo de EBS en la realización del mapeo y cartografía social.	No se realizó la actividad durante el periodo reportado; Se realizará en periodos posteriores según requerimiento del supervisor.
2) Realizar el diligenciamiento de la caracterización socio- ambiental, individual y familiar en el Territorio.	Realicé el diligenciamiento de la caracterización socioambiental, individual y familiar en los microterritorios: ALFEREZ REAL 1 - 2, EDEN DEL PARQUE (SECTOR EN DESARROLLO), PORTAL DEL JORDAN - LOS MANDARINOS, TORRES DE JAMUNDI - VILLAS DE ALTA GRACIA HOJARASCA, VILLA PYME - CIUDAD DE DIOS - VILLAS DEL PARQUE a 42 hogares
3) Realizar la clasificación de riesgo familiar e identificación de signos de intervención rápida (gestión de activación de rutas si se requiere) y Canalizar a la oferta de servicios	No se realizó la actividad durante el periodo reportado
4) Prestar servicio asistencial, a la comunidad, aplicando los conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertado con el superior inmediato acerca de la duración de las consultas.	Presté servicio asistencial a la comunidad, aplicando mis conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de las agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertada con mi superior inmediato acerca de la duración de las consultas. Realice un total de 9 atenciones durante el periodo reportado.
5) Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.	Brindé educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud en los temas de: SALUD MENTAL
6) Generar informe de producción actividades semanales y presentar	En el periodo reportado no se requirió el apoyo a la actividad.

	Ad_YRE70ErL5XThNP0viuCODWsdEj/view?pli=1
9) Participar, sin perjuicio de su autonomía, en las reuniones a las cuales sea invitado a razón de las actividades que se ejecutan con ocasión a este contrato.	Participé, sin perjuicio de mi autonomía, en las reuniones a las cuales fui invitado(a) con ocasión de las actividades que se ejecutaron en el marco de este contrato, conforme a la siguiente programación de fortalecimiento de capacidades al talento humano: Resgistro de seguimiento plan integral cuidado familiar, riesgo cardiovascular y prevención de accidentes ocasionados por minas antipersona, municiones sin explosionar y trampas explosivas.
10) Adherirse a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante lo cual incluye: a) permitir auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE b) Participar de las capacitaciones, seminarios y en general de reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.	Me adherí a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante, lo cual incluyó: a) permití auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el CONTRATANTE; b) participé en las capacitaciones, seminarios y, en general, en reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.

Anexo al presente informe se entregan informe de evidencias para la verificación del supervisor.

Atentamente,

Paola Andrea Rivas O. 1.143.849.703.

PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA

CC. 1143849703 de SANTIAGO DE CALI

NOMBRE: PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA

Documento: 1.143.849.703

PSICOLOGA

1 - Lideré el equipo de EBS en la realización del mapeo y cartografía social.

NOTA: Este mes no se realizó esta actividad.

2 - Realicé el diligenciamiento de la caracterización socioambiental, individual y familiar en el territorio.

	
Lugar: EDEN DEL PARQUE Actividad: el diligenciamiento de la caracterización socioambiental, individual y familiar en el territorio. Fecha: del **6 DE SEPTIEMBRE**	Lugar: CIUDAD DE DIOS Actividad: el diligenciamiento de la caracterización socioambiental, individual y familiar en el territorio. Fecha: del 9 **DE SEPTIEMBRE**

3 - Realicé la clasificación de riesgo familiar e identifiqué signos que requerían intervención rápida (gestioné la activación de rutas si fue necesario) y canalicé a la oferta de servicios.

NOTA: Este mes no se realizó esta actividad.

4 - Presté servicio asistencial a la comunidad, aplicando mis conocimientos, habilidades y destrezas profesionales a disposición del paciente y la institución, en cumplimiento de las agendas y horarios establecidos, de manera oportuna y concertada con mi superior inmediato acerca de la duración de las consultas.

EVIDENCIA 1 **EVIDENCIA 2**

	
Lugar: PORTAL DE JAMUNDI Actividad: se realizó servicio asistencial a la comunidad en cumplimiento de las agendas y los horarios laborales de manera oportuna Fecha: del 13 **DE SEPTIEMBRE**	Lugar: EL SOCORRO Actividad: se realizó servicio asistencial a la comunidad en cumplimiento de las agendas y los horarios laborales de manera oportuna Fecha: del 15 **DE SEPTIEMBRE**

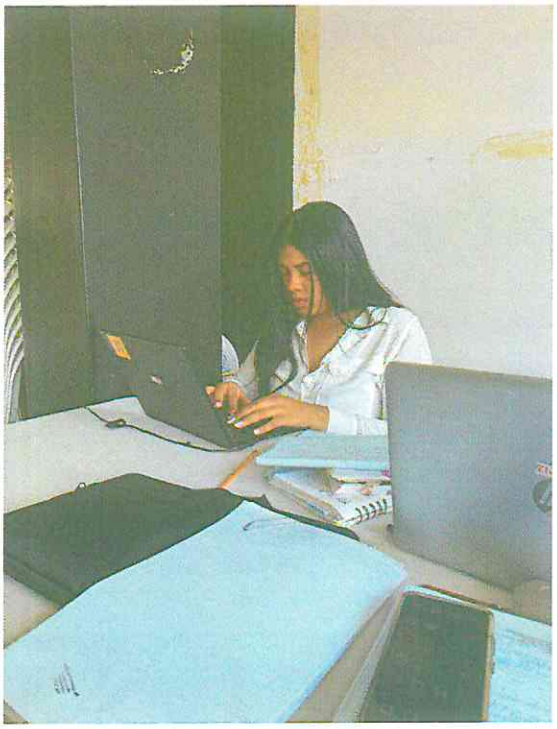
5 - Brindé educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la identificación de signos de alarma y la adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y del entorno.

EVIDENCIA 1	**EVIDENCIA 2**
	
Lugar: EL SOCORRO Actividad: Se brindó educación en Inteligencia emocional como herramienta para la atención a los beneficiarios del programa de Atención Primaria en Salud Fecha: del 20 **DE SEPTIEMBRE**	Lugar: PORTAL DE JAMUNDI Actividad: Se brindó educación en salud mental sobre hábitos saludables y manejo adecuado de la ansiedad en adulto mayores. Fecha: del 23 **DE SEPTIEMBRE**

6 - Generé informes de producción de actividades semanales y presenté evidencia de las acciones y del diligenciamiento de los formatos, acorde con las directrices y lineamientos.

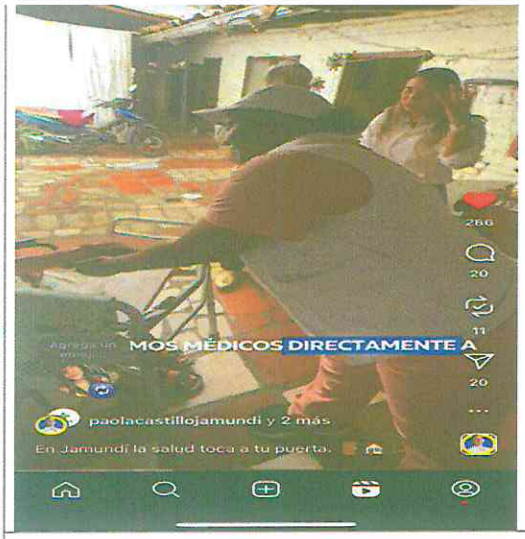
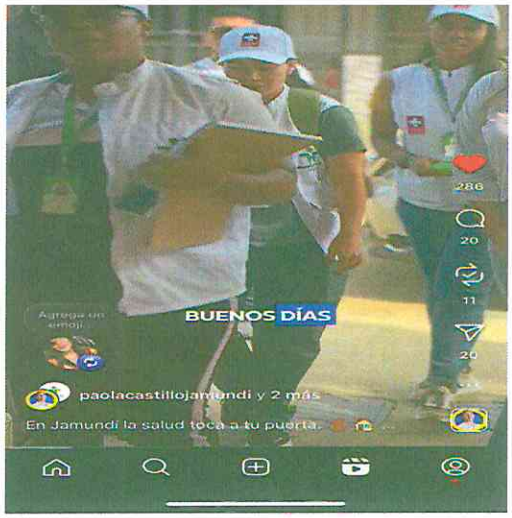
NOTA: Este mes no se realizó esta actividad.

7 - Presté apoyo en las diferentes actividades que fueron asignadas por parte del Supervisor del contrato y que fueron acordes con el objeto del mismo.

	
Lugar: SEDE APS Actividad: **Presté apoyo en las diferentes actividades que fueron asignadas por parte del Supervisor del contrato y que fueron acordes con el objeto del mismo.** Fecha: del 22 **DE SEPTIEMBRE**	Lugar: SEDE APS Actividad: **Presté apoyo en las diferentes actividades que fueron asignadas por parte del Supervisor del contrato y que fueron acordes con el objeto del mismo.** Fecha: del 16 **DE SEPTIEMBRE**

8 - Apoyé la divulgación de las actividades, campañas y procesos realizados dentro de la Entidad, replicando la gestión del proyecto a través de las redes sociales.

EVIDENCIA 1 **EVIDENCIA 2**

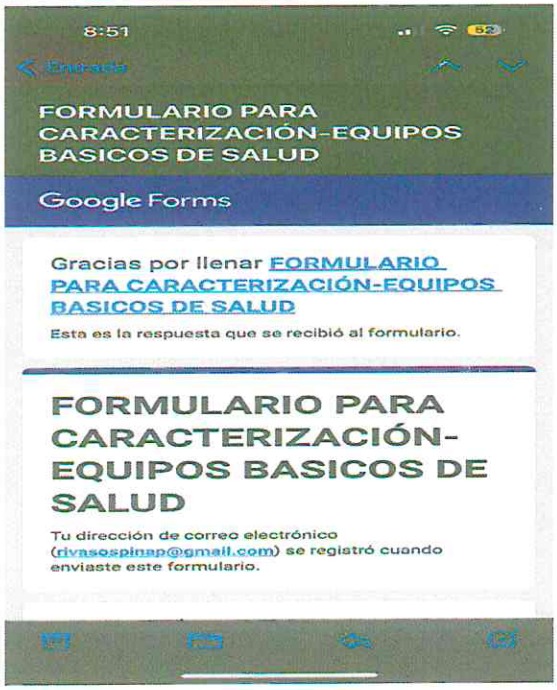
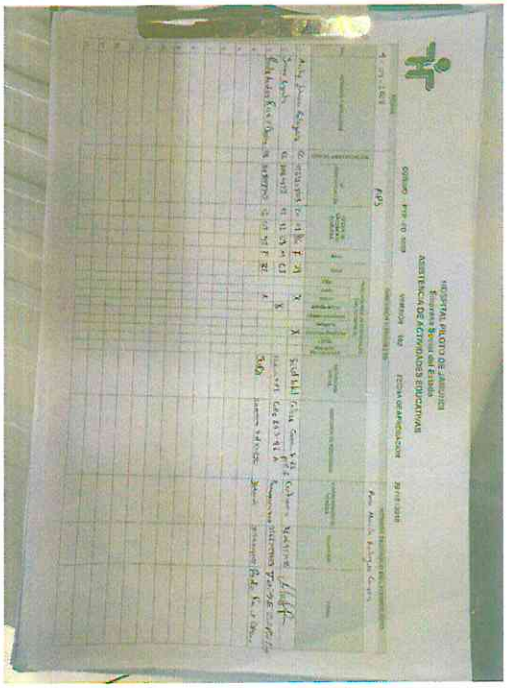
	
Lugar: Redes sociales oficiales del HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDI Actividad: Realicé divulgación de por medio de las redes sociales. Fecha: del 15 **DE SEPTIEMBRE**	Lugar: Redes sociales oficiales del HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDI Actividad: Realicé divulgación de por medio de las redes sociales. Fecha: del 16 **DE SEPTIEMBRE**

9 - Participé, sin perjuicio de mi autonomía, en las reuniones a las cuales fui invitado(a) con ocasión de las actividades que se ejecutaron en el marco de este contrato

EVIDENCIA 1	**EVIDENCIA 2**
	
Lugar: Sede APS Actividad: Participé, sin perjuicio de mi autonomía, en las reuniones a las cuales fui invitado Fecha: del **30 DE SEPTIEMBRE**	Lugar: Sede APS Actividad: Participé, sin perjuicio de mi autonomía, en las reuniones a las cuales fui invitado Fecha: del **30 DE SEPTIEMBRE**

10 - Me adherí a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante, lo cual incluyó: a) permití auditorías programadas por parte de los funcionarios designados por el

CONTRATANTE; b) participé en las capacitaciones, seminarios y, en general, en reuniones relacionadas con los Sistemas de Gestión de Calidad.

EVIDENCIA 1	EVIDENCIA 2
	
Lugar: SEDE APS Actividad: Me adherí a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante Fecha: del **6 DE SEPTIEMBRE**	Lugar: SEDE APS Actividad: Me adherí a los Sistemas de Gestión de Calidad del contratante Fecha: del 24 **DE SEPTIEMBRE**

Paola Andrea Rivas O.

PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA

1143849703

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1143849703	PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA		carrera 7 # 10-250	5922500	pola_rivaz@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	08/10/2025	90331476	$1,490,600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS010	EPS Sura	800088702-2	600.000	0		0		0	6	2.200	0	602.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	768.000	0	0	0	0	6	2.900	0	770.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-25	Riesgos prof Colmena	800226175-3	117.000				117.000	6	500	117.500			1.170	117.500	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	6	0	0	0
ICBF				
0	6	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	600.000	602.200
Pensión	1	768.000	770.900
Riesgos Laborales	1	117.000	117.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.485.000	1.490.600

Este documento está clasificado como PRIVA por parte de Compensar Operador de Informaci

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1143849703	PAOLA ANDREA RIVAS OSPINA		carrera 7 # 10-250	5922500	pola_rivaz@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I -- Independiente			VALLE DEL CAUCA	CALI		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	08/10/2025	90331476	$1.490.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Estudiante	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1143849703	RIVAS OSPINA PAOLA ANDREA	59	0			N	X																230301	4,800,000	768,000	0	0	0	0	EPS010	4,800,000	600,000	14-25	4,800,000	3	117,000		0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVA por parte de Compensar Operador de Informaci