

**ACTA PARCIAL DE SUPERVISION
00-2026-ACIT-314**

DATOS DEL CONTRATO

Número del contrato: **Contrato de Prestacion de Servicios 00-2026-HCON-143**
 Fecha de suscripción: 13 de Marzo de 2026 Tipo de contrato: [C3] Contrato de prestación de servicios
 Contratista: [31538704] CARABALI SANDOVAL SHIRLEN / SHIRLEN CARABALI SANDOVAL
 Representante legal: [31538704] CARABALI SANDOVAL SHIRLEN
 Dirección: CL 2 2A 80, JAMUNDI (VALLE DEL CAUCA)
 Teléfono(s): 3136731002 - Fax: 3128731970 - Correo electrónico: sirleycarabali@hotmail.com
 Términos del contrato: Desde el 13 de Marzo de 2026 Hasta el 29 de Mayo de 2026 Duración: 78 Días
 Objeto del contrato: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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), CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES, PROTOCOLOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y

DATOS DEL VALOR DEL CONTRATO

| Fecha | Descripción | Valor | % Ejecución | Acumulado |
|-------------|--|--------------|---------------------|--------------|
| 13-Mar-2026 | Apropiación inicial: REGISTRO PRESUPUESTAL 00-2026-RP-552 | 8,970,000.00 | 0.00 | 8,970,000.00 |
| 13-Mar-2026 | Acta de inicio: 00-2026-ACIN-140 | | 0.00 | 8,970,000.00 |
| 30-Abr-2026 | ACTA PARCIAL DE SUPERVISION: 00-2026-ACIT-314 / Documento soporte: CT 01 | 2,990,000.00 | 33.33 | 5,980,000.00 |
| | | | Valor por ejecutar: | 5,980,000.00 |

DATOS DEL ACTA PARCIAL DE SUPERVISION

Fecha de elaboración: Jueves, 30-Abr-2026 02:38 pm Factura: Cuenta de cobro 01

Avance técnico

EL CONTRATO TIENE UN AVANCE TECNICO DE CUMPLIMIENTO DEL 33.33%

Avance financiero

EL CONTRATO TIENE UN AVANCE FINANCIERO DE CUMPLIMIENTO DEL 33.33%

Comentarios

CUOTA No. 1

NOMBRE: SHIRLEN CARABALI SANDOVAL

DOCUMENTO: 31,538,704

NUMERO DE CONTRATO: 2026-HCON-143

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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), CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES, PROTOCOLOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y NORMATIVAS VIGENTES RURAL

PERIODO: 20 DE MARZO AL 15 DE ABRIL DE 2026

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

DESCRIPCION DE LA ACTIVIDAD CONTRACTUAL

durante del mes de marzo se realizaron socializaciones y articulaciones con los líderes de las comunidades rurales, donde se les informó acerca de la atención primaria en salud que se va a continuar ejecutando en los territorios ya que se venía realizando durante los meses pasados

ACTIVIDAD NO REALIZADA PARA ESTE PERIODO PORQUE EN LA ZONA SE GENERARON ALTERACIONES DE ORDEN PUBLICO Y EL EQUIPO NO PUDO INGRESAR A LA ZONA

ACTIVIDAD NO REALIZADA PARA ESTE PERIODO PORQUE EN LA ZONA SE GENERARON ALTERACIONES DE ORDEN PUBLICO Y EL EQUIPO NO PUDO INGRESAR A LA ZONA

"Durante el mes de marzo realizó capacitación y socialización de la caracterización y diligenciamiento de la misma.

ACTIVIDAD NO REALIZADA PARA ESTE PERIODO PORQUE EN LA ZONA SE GENERARON ALTERACIONES DE ORDEN PUBLICO Y EL EQUIPO NO PUDO INGRESAR A LA ZONA

ACTIVIDAD NO REALIZADA PARA ESTE PERIODO PORQUE EN LA ZONA SE GENERARON ALTERACIONES DE ORDEN PUBLICO Y EL EQUIPO NO PUDO INGRESAR A LA ZONA

ACTIVIDAD NO REALIZADA PARA ESTE PERIODO PORQUE EN LA ZONA SE GENERARON ALTERACIONES DE ORDEN PUBLICO Y EL EQUIPO NO PUDO INGRESAR A LA ZONA

Durante el mes de marzo realizó divulgación en los territorios informando que se iba a continuar con la atención primaria en salud, y seguimientos en las diferentes atenciones

**ACTA PARCIAL DE SUPERVISION
00-2026-ACIT-314**

DATOS DEL CONTRATO

Número del contrato: **Contrato de Prestacion de Servicios 00-2026-HCON-143**
 Fecha de suscripción: 13 de Marzo de 2026 Tipo de contrato: [C3] Contrato de prestación de servicios
 Contratista: [31538704] CARABALI SANDOVAL SHIRLEN / SHIRLEN CARABALI SANDOVAL
 Representante legal: [31538704] CARABALI SANDOVAL SHIRLEN
 Dirección: CL 2 2A 80, JAMUNDI (VALLE DEL CAUCA)
 Teléfono(s): 3136731002 - Fax: 3128731970 - Correo electrónico: sirleycarabali@hotmail.com
 Términos del contrato: Desde el 13 de Marzo de 2026 Hasta el 29 de Mayo de 2026 Duración: 78 Días
 Objeto del contrato: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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), CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES, PROTOCOLOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y

DATOS DEL VALOR DEL CONTRATO

| Fecha | Descripción | Valor | % Ejecución | Acumulado |
|-------|-------------|-------|-------------|-----------|
|-------|-------------|-------|-------------|-----------|

"Durante el mes de marzo se acudió al llamado de las capacitaciones y socializaciones de la misma mediante los coordinadores de ebs EN EL PRESENTE PERIODO EL CONTRATISTA ANEXO PLANILLA DE SEGURIDAD SOCIAL DEL MES DE MARZO 2026 NO.4644741504



ANDRÉS SANDOVAL CORTES
 SUBGERENTE CIENTIFICO
 AMBULATORIO
 SUPERVISOR DEL CONTRATO



HOSPITAL PILOTO JAMUNDI

Empresa Social del Estado

NIT. 890306950-9

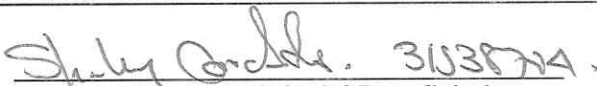
FORMATO DOCUMENTO EQUIVALENTE

Decreto 358 del 05 de marzo del 2020, Artículo 615 ET.

CODIGO: FIN-FTO-0025

VERSION: 001

FECHA DE APROBACION: 21-05-2025

| | | | |
|--|--|-----------------------------------|------------------------|
| Área o Proceso ejecución contractual: SUBGERENCIA CIENTIFICA | | | |
| Contrato N°: | 2026-HCON-143 | | |
| Fecha de Suscripción del Contrato: | 13.03.2026 | | |
| 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: SHIRLEN CARABALI SANDOVAL | | | |
| Cedula o NIT: | 31.538.704 Dirección Beneficiario: CRR VILLA PAZ | | |
| Teléfono: | 1970 - 3136731002 Correo Electrónico: shirlencarabali174@gmail.com | | |
| Cudad: | Jamundi | | |
| INFORMACION CONTRACTUAL | | | |
| Objeto del Contrato: | PRESTAR SERVICIOS DE APOYO ASISTENCIAL COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA 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), CONFORME A LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES, PROTOCOLOS DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL Y NORMATIVAS VIGENTES RURAL | | |
| N°. RP: | 552 N°. CDP: | 438 Vr Total del contrato: | \$ 8.970.000,00 |
| Concepto: | Cuota No. 1, 16 DE ABRIL 2026 | | |
| Contrato: | 2026-HCON-143 Valor: | \$ 8.970.000,00 | |
| Otro Si: | N/A | | |
| Anexo comprobante de pago EPS, Pensión y ARL con planilla N°. SOI | del periodo de cotización mes 2026-03 | 4644741504 | del Operador |
| Favor consignar en la Cuenta de Ahorros No. AV VILLAS | 542730622 | del banco | |
| Valor Cuota: | \$ 2.990.000,00 | | |
| Son: | Dos millones novecientos noventa mil | | |
|  Firma y cedula del Beneficiario | | | |

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo SHIRLEN CARABALI SANDOVAL identificado (a) con documento de identidad No. **31.538.704**

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 Jamundí 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 identificados 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 psicológico |
|------------|--------------------|--------|------|--|----------|-----------------------------|
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="checkbox"/> | NO <input style="width: 40px; height: 15px;" type="checkbox"/> |
| 5 Por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia Art.387 E.T | SI <input style="width: 40px; height: 15px;" type="checkbox"/> | NO <input style="width: 40px; height: 15px;" type="checkbox"/> |
| 6 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 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="checkbox"/> | NO <input style="width: 40px; height: 15px;" type="checkbox"/> |
- 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.

La presente se expide en la Ciudad Jamundí, **16 DE ABRIL 2026**

FIRMA DE DECLARANTE



DOC. IDENTIDAD

31.538.704

DEDUCCIONES

Sírvase para tener en cuenta para liquidar la retención en la Fuente adjuntar:

- | |
|--|
| 1. Pago intereses de vivienda o Costo Financiero Leasing Habitacional. Limite maximo 100 UVT Mensuales (\$5.237.400) Dcto 1625 de 2016 Art. 1.2.4.1.23 |
| 2. Deducion por dependientes (Ver Art. 387 E.T.) No puede exceder del 10% del ingreso bruto del trabajador y maximo 32 UVT mensuales. (1.675..968 año 2025) Se debe exigir certificado para aplicar esta deducción. Dcto 1625 de 2018 Art. 1.2.4.1.18 |
| 3. Pagos Por Salud medicina prepagada. (No puede Exceder 16 Uvt Mensuales. 837.984 Año 2025) |

INFORME DE ACTIVIDADES

NOMBRE: SHIRLEY CARABALI SANDOVAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 31538704

NÚMERO DE CONTRATO: 00-2026-HCON-053

OBJETO CONTRACTUAL: PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (APS) MEDIANTE LA CONFORMACIÓN Y OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EN SALUD (EBS) DEL HOSPITAL PILOTO DE JAMUNDÍ (HPJ), DESARROLLANDO ACCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS MICROTERRITORIOS ASIGNADOS, DE ACUERDO CON LOS LINEAMIENTOS ESTABLECIDOS POR LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO (ESE) Y EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

PERIODO: 20 DE MARZO A 15 DE ABRIL DE 2026

OBLIGACIONES CONTRACTUALES

1. Ejecutar actividades propias del perfil dentro de los estándares establecidos para la disciplina cumpliendo las metas institucionales, protocolos y guías según el servicio asignado.

DESCRIPCION DEL DESARROLLO: durante del mes de marzo realizamos socializaciones y articulaciones con los líderes de las comunidades rurales, donde se les informó acerca de la atención primaria en salud que se va a continuar ejecutando en los territorios ya que se venía realizando durante los meses pasados

EVIDENCIA



1

EVIDENCIA

2



| | |
|---|---|
| Actividad: socialización y articulación Fecha: 25 de marzo de 2026 Lugar: Territorio 22 villa paz | Actividad: socialización y articulación Fecha: 25 de marzo de 2026 Lugar: Territorio 22 villa paz |
|---|---|

2. Formular y realizar seguimiento del plan integral del cuidado primario individual, familiar y comunitario con base en los resultados de la caracterización, identificando y articulando las diferentes intervenciones a desarrollar en el sector salud y los diferentes sectores.

ACTIVIDAD NO REALIZADA PARA ESTE PERIODO PORQUE EN LA ZONA SE GENERARON ALTERACIONES DE ORDEN PUBLICO Y EL EQUIPO NO PUDO INGRESAR A LA ZONA

3. Realizar la revisión, seguimiento y consolidación de los registros diligenciados en físico según la competencia del perfil.

ACTIVIDAD NO REALIZADA PARA ESTE PERIODO PORQUE EN LA ZONA SE GENERARON ALTERACIONES DE ORDEN PUBLICO Y EL EQUIPO NO PUDO INGRESAR A LA ZONA

4. Realizar el diligenciamiento de la caracterización socio- ambiental, individual y familiar, Demanda inducida y sistema de afiliación transaccional en el micro territorio en los formatos establecidos por la ESE y el Ministerio de salud Nacional.

DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: Durante el mes de marzo se realizó capacitación y socialización de la caracterización y diligenciamiento de la misma.

EVIDENCIA 1



EVIDENCIA 2



| | |
|--|--|
| Actividad: socialización de la caracterización Fecha: 17 de marzo de 2026 Lugar: Auditorio HPJ | Actividad: socialización de la caracterización Fecha: 17 de marzo de 2026 Lugar: Auditorio HPJ |
|--|--|

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.

ACTIVIDAD NO REALIZADA PARA ESTE PERIODO PORQUE EN LA ZONA SE GENERARON ALTERACIONES DE ORDEN PUBLICO Y EL EQUIPO NO PUDO INGRESAR A LA ZONA

6. Generar informe de producción actividades y presentar evidencia de las acciones y diligenciamiento de los formatos acorde a las directrices y lineamientos



ACTIVIDAD NO REALIZADA PARA ESTE PERIODO PORQUE EN LA ZONA SE GENERARON ALTERACIONES DE ORDEN PUBLICO Y EL EQUIPO NO PUDO INGRESAR A LA ZONA

7. Prestar apoyo en las diferentes actividades que se asignen por parte del Supervisor del contrato y que sean acordes con el objeto del mismo.



ACTIVIDAD NO REALIZADA PARA ESTE PERIODO PORQUE EN LA ZONA SE GENERARON ALTERACIONES DE ORDEN PUBLICO Y EL EQUIPO NO PUDO INGRESAR A LA ZONA

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

| | |
|---|--------------------|
| DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: Durante el mes de marzo se realizó divulgación en los territorios informando que se iba a continuar con la atención primaria en salud, y seguimientos en las diferentes atenciones | |
| EVIDENCIA 1 | EVIDENCIA 2 |

| | |
|--|--|
|  |  |
| <p>Actividad: Socialización y Divulgación de Aps Fecha: 25 de marzo de 2026 Lugar: Territorio 22 villa paz</p> | <p>Actividad: Socialización y Divulgación de Aps Fecha: 25 de marzo de 2026 Lugar: Territorio 22 villa paz</p> |

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.

| | |
|---|---|
| <p>DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO: Durante el mes de marzo se acudió al llamado de las capacitaciones y socializaciones de la misma mediante los coordinadores</p> | |
| <p>EVIDENCIA 1</p> | <p>EVIDENCIA 2</p> |
|  |  |
| <p>Actividad: Capacitación Fecha: 30 de marzo de 2026 Lugar: Auditorio HPJ</p> | <p>Actividad: Capacitación Fecha:30 de marzo de 2026 Lugar: Auditorio HPJ</p> |

Atentamente,



Shirlen Carabali Sandoval
C.c 31.538.704 de Jamundi.

Jamundí valle 09 abril 2026

Doctora.
Vanessa González Narváez
Coordinadora APS

Cordial saludo,

Yo, German Andrade., en calidad de Líder de la guardia Indígena del territorio/comunidad de Timba Valle , me permito manifestar que actualmente en nuestra comunidad se presenta una situación de conflicto armado que afecta de manera directa las condiciones de seguridad en la zona.

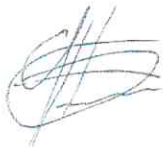
Debido a esta situación, no existen las garantías necesarias para el ingreso del personal de los Equipos Básicos de Salud, lo cual impide el desarrollo normal de las actividades de atención, promoción y mantenimiento de la salud dirigidas a la población.

Esta condición representa un riesgo tanto para el personal de salud como para los habitantes del territorio, limitando el acceso oportuno a los servicios de salud.

Por lo anterior, dejamos constancia de la situación actual, con el fin de que se tomen las medidas pertinentes y se evalúen alternativas que permitan garantizar la atención en salud en condiciones seguras.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente



Líder/Gestor Comunitario Timba.

Jamundí valle 09 abril 2026

Doctora.
Vanessa González Narváez
Coordinadora APS

Cordial saludo,

Yo, LIBARDO SALCEDO en calidad de [cargo o rol comunitario] del territorio/comunidad de [nombre del territorio], me permito manifestar que actualmente en nuestra comunidad se presenta una situación de conflicto armado que afecta de manera directa las condiciones de seguridad en la zona.

Debido a esta situación, no existen las garantías necesarias para el ingreso del personal de los Equipos Básicos de Salud, lo cual impide el desarrollo normal de las actividades de atención, promoción y mantenimiento de la salud dirigidas a la población.

Esta condición representa un riesgo tanto para el personal de salud como para los habitantes del territorio, limitando el acceso oportuno a los servicios de salud.

Por lo anterior, dejamos constancia de la situación actual, con el fin de que se tomen las medidas pertinentes y se evalúen alternativas que permitan garantizar la atención en salud en condiciones seguras.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,



Líder/Gestor Comunitario [LIBARDO SALCEDO]

Jamundí valle 16 abril 2026

Doctora.
Vanessa González Narváez
Coordinadora APS

Cordial saludo,

Yo, LIBARDO SALCEDO en calidad de [cargo o rol comunitario] del territorio/comunidad de [nombre del territorio], me permito manifestar que actualmente en nuestra comunidad se presenta una situación de conflicto armado que afecta de manera directa las condiciones de seguridad en la zona.

Debido a esta situación, no existen las garantías necesarias para el ingreso del personal de los Equipos Básicos de Salud, lo cual impide el desarrollo normal de las actividades de atención, promoción y mantenimiento de la salud dirigidas a la población.

Esta condición representa un riesgo tanto para el personal de salud como para los habitantes del territorio, limitando el acceso oportuno a los servicios de salud.

Por lo anterior, dejamos constancia de la situación actual, con el fin de que se tomen las medidas pertinentes y se evalúen alternativas que permitan garantizar la atención en salud en condiciones seguras.

Agradezco la atención prestada.

Cordialmente,



Líder/Gestor Comunitario [LIBARDO SALCEDO]



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 31538704



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | |
|---|---------------------------|--------------------------|---------------------------|----|
| Nombre ó Razón Social | SHIRLEN CARABALI SANDOVAL | | | |
| Tipo Identificación | CÉDULA DE CIUDADANÍA | Número de Identificación | 31538704 | |
| Ciudad/Municipio | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | Departamento | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL | |
| Dirección | CRA 97 C N. 40A 15 | Teléfono | 7777777 | |
| Tipo Empresa | PRIVADA | Actividad Económica | Comercio al por mayor de | |
| Tipo Aportante | 02-INDEPENDIENTE | Clase Aportante | I-INDEPENDIENTE | |
| Forma Presentación | ÚNICO | | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|--------------------------------|--------------|--------------------------|------------------|
| Número Planilla | 4644741504 | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotización Otros | marzo / 2026 | Periodo Cotización Salud | marzo / 2026 |
| Días de Mora | 10 | Fecha Pago | 2026/04/16 |
| Número Autorización | 9996476209 | | |

| INFORMACIÓN BÁSICA | | | | |
|--|---------------------------|--|-------------------------|----|
| Nombres | SHIRLEN | Apellidos | CARABALI SANDOVAL | |
| Tipo de Identificación | CC | Número de Identificación | 31538704 | |
| Tipo cotizante | INDEPENDIENTE CONTRATO | Subtipo Cotizante | | |
| Colombiano Temporalmente en el Exterior | NO | Extranjero no obligado a cotizar Pensión | NO | |
| COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA) : | | | | NO |
| Departamento | BOGOTA - DISTRITO CAPITAL | Municipio | BOGOTA DISTRITO CAPITAL | |
| Salario Básico | \$ 1.750.905 | Tipo de Salario | | |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| 01 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---------------------------------------|----------|-------------------------------|--------------------|
| PENSIÓN | | Administradora | 230201- PROTECCION |
| Días | 30 | IBC | \$ 1.750.905 |
| Tarifa | 16,000 % | Cotización Obligatoria | \$ 280.200 |
| FSP - Solidaridad | \$ 0 | FSP - Subsistencia | \$ 0 |
| Aportes Voluntarios Empleador | \$ 0 | Aportes Voluntarios Cotizante | \$ 0 |
| Indicador tarifa especial | Normal | Total Aporte | \$ 280.200 |

| | | | |
|----------------------------------|----------|------------------------|--------------------|
| SALUD | | Administradora | EPS002-SALUD TOTAL |
| Días | 30 | IBC | \$ 1.750.905 |
| Tarifa | 12,500 % | Cotización Obligatoria | \$ 218.900 |
| Nro Incapacidad por Enf. General | | Valor | \$ 0 |
| Nro Licencia de Maternidad | | Valor | \$ 0 |
| Valor ADRES | \$ 0 | Total Aporte | \$ 218.900 |

| | | | |
|------------------------------|----------|---------------------|------------------|
| RIESGOS PROFESIONALES | | Administradora | 14-25-COLMENA |
| Días | 30 | IBC | \$ 1.750.905 |
| Clase de Riesgo | III | Tarifa | 2,436 % |
| Centro de Trabajo | 31538704 | Total Aporte | \$ 42.700 |

| | |
|----------------------|-------------------|
| TOTAL PAGADO: | \$ 541.800 |
|----------------------|-------------------|

