ACTA DE LEGALIZACIÓN N°	2	ESTADO DEL CONTRATO:	VIGENTE
Fecha Inicio:	17/04/2024 0:00	Fecha Fin:	17/04/2024 0:00
Lugar:	Regional_Bogotá		
Dependencia que Convoca:	Primera Infancia - Grupo de Atención en Ciclos de Vida y Nutrición		
Proceso:	Promoción y Prevención		
Objetivo:	Recepción, revisión, el análisis y Legalización de los Gastos e Ingresos del Informe Financiero presentado por la entidad administradora (EAS)		
Nombre EAS:	ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA		

Agenda:

1. Desarrollo.
2. Información general del contrato.
3. Informe de ejecución Presupuestal y financiera requerido con los debidos soporte.
4. Seguimiento al Uso de Tasas Compensatorias (Aplica Solo para HI).
5. Detalle de Inejecuciones.
6. Ejecución Contrapartida.
7. Situación Encontrada.
8. Recomendaciones.
9. Cierre.

Desarrollo:

1. Se da inicio a la legalización de los informes financieros Presentados por la EAS con el fin de verificar la correcta Ejecución del presupuesto aprobado dentro de los lineamientos, guias de supervision, manuales operativos y minutas que corresponden.
2. A continuaciòn en el presente cuadro se relaciona la información general del contrato.

Información general del contrato.

Regional:	Regional_Bogotá	Centro Zonal:	CZ_KENNEDY			N° de Contrato o Convenio	11006052024
N° CDP	117224	N° RP	124824	FECHA ACTA INICIO	20/02/2024	Cupos Contratados:	650

Modalidad 1:	Modalidad 2:	Modalidad 3:	Modalidad 4:	Modalidad 5:
FAMILIAR	0	NO_APLICA	NO_APLICA	NO_APLICA
SERVICIO 1:	SERVICIO 2:	SERVICIO 3:	SERVICIO 4:	SERVICIO 5:
Desarrollo_Infantil_en_Medio_Familiar-_DIMF_CON_ARRIENDO	0	NO APLICA	NO APLICA	NO APLICA
CUPOS CONTRATADO 1:	CUPOS CONTRATADO 2:	CUPOS CONTRATADO 3:	CUPOS CONTRATADO 4:	CUPOS CONTRATADO 5:
650	0	0	0	0

Nombre Supervisor CTO:	LUZ MERY CARDENAS AVILA	Apoyo Financiero ICBF:	MARIA VICTORIA MORENO ÑUSTES
Plazo de ejecución CTO:	Desde: 20/02/2024 Hasta: 31/12/2024	Fecha aprob. póliza:	20/02/2024
Póliza N° 1 del CTO	33-44-101246757 Poliza N° 2 33-40-101078421	Nombre Ent. Aseguradora	SEGUROS DEL ESTADO SA
Representante Legal:	ANA ROCÍO QUIROZ MANRIQUE	Cédula RL:	52.339.600
Email Representante L.	direccion@apdecolombia.com	NIT EAS:	830.107.985-1
Telefono o Cel R.L	310 8774707	Fecha Vencimiento R. L:	31/12/2024
VIGENCIA ACTUAL — Valor Inicial del CTO: (Aporte ICBF)	$ 2.330.143.400	Valor Aportes EAS:	$ 46.602.868
Adiciones al CTO:	$ 0	Adiciones Aportes EAS:	$ 0
Reducciones al CTO	$ 0	Total Aportes EAS:	$ 46.602.868
VALOR APORTE ICBF	$ 2.330.143.400	Valor Actual del CTO:	$ 2.376.746.268

VIGENCIA	APORTE ICBF	APORTE EAS	Adiciones al contrato ICBF	Adiciones al contrato EAS	Reducciones al contrato ICBF	Reducciones al contrato EAS	Valor final del contrato ICBF	Valor final del contrato EAS	Valor final del contrato TOTAL
2022	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
2023	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -	$ -
2024	$ 2.330.143.400	$ 46.602.868	$ -	$ -	$ -	$ -	$ 2.330.143.400	$ 46.602.868	$ 2.376.746.268
TOTAL	$2.330.143.400	$46.602.868	$0	$0	$0	$0	$2.330.143.400	$46.602.868	$2.376.746.268

La entidad presenta informe financiero mensual ante el ICBF como sigue:

Mes a legalizar:	FEBRERO
Fecha radicación EAS:	11/03/2024

¿Los documentos aportados permiten realizar la legalización del informe financiero? SI X / NO

Presenta los documentos soportes que acompañan el informe financiero y se entrega al ICBF copia de los mismos en medio: DIGITAL Y FISICO

OBSERVACIONES INFORMACIÓN GENERAL:

Se procede a realizar la legalizacion de la ejecucion presupuestal del mes de Febrero 2024 teniendo en cuenta que según según valores enviados por el Grupo de Atención de Ciclos de Vida y Nutrición de la Regional Bogotá ICBF fue proyectado con canasta 2023 ($334.031) por lo tanto presenta desfinanciamiento. El valor del recurso ICBF descrito en la minuta contractual es de $2.330.143.400 y de acuerdo a la canasta final para la vigencia 2024 da el valor de $2.429.412.304 quedando pendiente por adicionar del recurso ICBF el valor de $99.268.904, valor que tiende a disminuir con el transcurrir de la ejecución del contrato al presentar inejecuciones y ahorros que no serán objeto de ejecución y que será cruzado para determinar el valor final a adicionar.

3. Se verifica la ejecución de los recursos del contrato de acuerdo a los Informes Financieros presentados por la entidad:

SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL Y FINANCIERO DEL CONTRATO

MES	PRESUPUESTO APROBADO + REPROGRAMACIONES (Aportes ICBF)	EJECUCIÓN	SALDO SIN EJECUTAR	PROGRAMACIÓN DESEMBOLSOS	DESEMBOLSOS GIRADOS	DIFERENCIA PROGRAMADO VS PAGADO	PAGOS REAL. EN EL MES
Enero	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Febrero	$ 252.361.177	$ 192.810.315	$ 59.550.862	$ 459.431.050	$ 0	$ 459.431.050	$ 0
Marzo	$ 225.741.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Abril	$ 225.741.600	$ 0	$ 0	$ 434.240.300	$ 0	$ 0	$ 0
Mayo	$ 225.741.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Junio	$ 225.741.600	$ 0	$ 0	$ 434.240.300	$ 0	$ 0	$ 0
Julio	$ 225.741.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Agosto	$ 225.741.600	$ 0	$ 0	$ 434.240.300	$ 0	$ 0	$ 0
Septiembre	$ 225.741.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Octubre	$ 225.741.600	$ 0	$ 0	$ 434.240.300	$ 0	$ 0	$ 0
Noviembre	$ 225.741.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Diciembre	$ 46.107.823	$ 0	$ 0	$ 133.751.150	$ 0	$ 0	$ 0
TOTAL	$ 2.330.143.400	$ 192.810.315	$ 59.550.862	$ 2.330.143.400	$ 0	$ 459.431.050	$ 0

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

OBSERVACIONES SEGUIMIENTO PRESUPUESTAL Y FINANCIERO DEL CONTRATO:

Fecha de inicio de atencion 26 de Febrero, para el rubro de Talento Humano se ejecuta incluyendo la fase de inicio, la Entidad maneja contrato por Prestacion de Servicios, con los siguientes valores: COORDINADOR/ (2) $9.672.000, DOCENTES PERFIL 1 (11) $34.647.250, DOCENTES PERFIL 2 (/2) $5.630.600, PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PERFIL 1 (4) $13.149.138, PROFESIONAL NUTRICIÓN PERFIL 1 (4) $12.048.221, AUXILIAR PEDAGÓGICO (13) $35.939.066, AUXILIAR ADMINISTRATIVO (2) $5.989.781.
INFRAESTRUCTURA - ARRIENDO $4.959.825
GASTOS OPERATIVOS $5.783.316
TRANSPORTE $2.276.250 :En este periodo no se realizaron visitas pero si se realizaron visitas de focalizacion
SEGURO NIÑOS (POLIZAS) $651.300 Según Poliza expedida por Seguros de Vida del Estado # 33681000005697n po $6.838.650 con vigencia hasta el 31/12/2024. Se amortiza mes a mes
MATERIAL DIDÁCTICO DE CONSUMO Y PAPELERÍA $1.1647.050 Según Facturas 1891 $106.200 -1901 $70.000 expedidas por Comercializadora 20M y facturas 2485 $763.250 y 2486 $707.600 por librería y papeleria Calima
DOTACIÓN DE ASEO PERSONAL $1.099.150 Facturas 541 Multisoluciones Integrales MSI SAS $586.670 Factura 193 Guillermo Triana $512.480
ELEMENTOS DE ASEO BIOSEGURIDAD $516.100 Factura 194 Guillermo Triana $516.100
REFRIGERIO NIÑOS/AS Y PERSONA $3.334.250 Factura 193 Fruver La Mona $1.020.000 - Factura 1013396119 Pasteurizadora SantoDomingo SAS $750.485 - Factura LR3-1464413 La Receta SAS $564.365 y Factura 4041-1507806 Colanta $999.400
COMPLEMENTO NUTRICIONAL $54.967.018 Segun relacion: Factura 2242 Asofrigut $5.202.200, Factura 170817 Trilladora La Montaña $2.330.019, Factura 1453 Avicola Granjacol $6.674.262, Factura MB2701 Mombel $624.000, Factura FE11405 Cosmolac $1.1893.200, Factura CMAS 31 Compramas SAS $9.565.867, Factura CMAS 32 Compramas SAS $10.134.754, Factura LR3-1460525 La Receta $3.475.500, Factura 7622484901 Organizacion Cardenas $5.067.416

SEGUIMIENTO A INEJECUCIONES Y LIBERACIONES

MES	AHORROS	INEJECUCIONES	SEGUIMIENTO DE INEJECUCIONES	REDISTRIBUCIÓN DE AHORROS	REINVERSIÓN DE INEJECUCIONES	LIBERACIONES/REINTEGROS T.N (Tramitadas)	LIBERACIONES PENDIENTES POR REALIZAR
Inejecución inicial	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Enero	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Febrero	$ 0	$ 59.550.862	$ 59.550.862	$ 0	$ 0	$ 0	$ 59.550.862
Marzo	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Abril	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Mayo	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Junio	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Julio	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Agosto	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Septiembre	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Octubre	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Noviembre	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
Diciembre	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
TOTAL	$ 0	$ 59.550.862	$ 59.550.862	$ 0	$ 0	$ 0	$ 59.550.862

RESUMEN PERIODICO A LA EJECUCION

PRESUPUESTO APROBADO	PRESUPUESTO EJECUTADO	EJECUCION PROYECTADA AL PERIODO	AVANCE EJECUCION DEL PERIODO	DESVIACIÓN PRESUPUESTAL
$ 2.330.143.400	$ 192.810.315	11%	8%	-2,56%

OBSERVACIONES EJECUCIÓN PRESUPUESTO:

No se presenta desembolso en el mes de Febrero 2024 por parte del ICBF por lo tanto todo lo ejecutado queda en Cuentas por Pagar

RESUMEN FINANCIERO DEL PERIODO:

SALDO DEL PERIODO ANTERIOR	$ 0
TOTAL APORTES GIRADOS EN EL PERIODO	$ 0
TOTAL APORTES PARA EL PERIODO	$ 0
PAGOS REALIZADOS POR LA EAS EN EL PERIODO	$ 0
SALDO DE APORTES ICBF PARA EL PERIODO	$ 0
SALDO SEGUN EXTRACTO	$ 0
DIFERENCIA SALDO RECURSOS VS SALDO EXTRACTO BANCARIO	$ 0
VALOR CONCILIADO	$ 0
VALOR CARGA PRESTACIONAL ACUMULADA	$ 0
RENDIMIENTOS FINANCIEROS DEL MES	$ 0
RENDIMIENTOS FNANCIEROS ACUMULADOS	$ 0
RENDIMIENTOS FINANCIEROS CONSIGNADOS	$ 0

Banco:	BANCO_DE_BOGOTA_S._A.	Tipo de Cuenta:	Ahorros	Nro de Cuenta:	075586354

OBSERVACIONES CONCILIACIÓN:

No se presenta movimiento bancario por cuanto no hay desembolso del ICBF para el mes de Febrero.

4. Seguimiento al uso de los recursos tasas compensatorias (Aplica Solo para HI)

MES	PRESUPUESTO TASAS COMPENSATORIAS	VALOR T.C RECAUDADA POR EL OPERADOR	EJECUCIÓN CON RECURSOS TASAS COMPENSATORIAS	SALDO TASAS COMPENSATORIAS
ENERO	$ 0	$ 0	$ 0	$0
FEBRERO	$ 0	$ 0	$ 0	$0
MARZO	$ 0	$ 0	$ 0	$0
ABRIL	$ 0	$ 0	$ 0	$0
MAYO	$ 0	$ 0	$ 0	$0
JUNIO	$ 0	$ 0	$ 0	$0
JULIO	$ 0	$ 0	$ 0	$0
AGOSTO	$ 0	$ 0	$ 0	$0
SEPTIEMBRE	$ 0	$ 0	$ 0	$0
OCTUBRE	$ 0	$ 0	$ 0	$0
NOVIEMBRE	$ 0	$ 0	$ 0	$0
DICIEMBRE	$ 0	$ 0	$ 0	$0
Total	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 0**

OBSERVACIONES RECAUDO TASAS:

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

5. Se Verifica que los valores por inejecuciones corresponde a los siguientes conceptos:

CONCEPTO DE DESCUENTO	Cupos CONTRATADOS	Cupos ATENDIDOS	NO ATENDIDOS	VALOR DESCUENTO POR INEJECUCIÓN	FUENTE DE CONSULTA	VALOR DESCUENTO TEMPORAL	REINTEGRO DEL DESCUENTO TEMPORAL	Saldo de Descuentos Temporales
BAJA COBERTURA	650	510	140	$ 4.068.400	NO APLICA	$ 0	$ 0	$ 0
INASISTENCIA				$ 0	NO APLICA			
NO PRESTACION DEL SERVICIO				$ 0	NO APLICA			
CUENTAME				$ 0	NO APLICA			
TALENTO HUMANO NO CONTRATADO				$ 3.202.547	NO APLICA			
OTRO (Se Especifica en Observaciones)				$ 52.279.905	NO APLICA			
TOTAL DESCUENTO				$ 59.550.852				

OBSERVACIONES DESCUENTOS:

NÚMERO DE UDS QUE BRINDARON EL SERVICIO: 3 -NÚMERO DE NIÑOS ATENDIDOS: 510
-NÚMERO DE BAJAS COBERTURAS Y NOMBRE DE CADA UNA DE LAS UNIDADES DONDE SE PRESENTARON BAJAS COBERTURAS.: El numero de bajas cobertura fue 140 participantes, y la baja cobertura en las UDS fueron Periodistas y Gran Britalia.
-RAZONES POR LA CUAL SE PRESENTARON BAJAS COBERTURAS EN LA ENTIDAD. Teniendo en cuenta el inicio del contrato a partir del 20/02/2024 se está en la asignación de cupos con base en los criterios de focalización
OTRO: refrigerio, complemento nutricional, material didactico, y auxilio de transporte

6. Ejecución Aportes EAS.

MES	PRESUPUESTO	EJECUCIÓN	SALDO APORTES EAS	OBSERVACIONES APOTES EAS
ENERO	$ 0	$ 0	$ 0	
FEBRERO	$ 0	$ 0	$ 0	
MARZO	$ 0	$ 0	$ 0	
ABRIL	$ 2.589.048	$ 0	$ 0	
MAYO	$ 2.589.048	$ 0	$ 0	
JUNIO	$ 2.589.048	$ 0	$ 0	
JULIO	$ 2.589.048	$ 0	$ 0	
AGOSTO	$ 2.589.048	$ 0	$ 0	
SEPTIEMBRE	$ 2.589.048	$ 0	$ 0	
OCTUBRE	$ 2.589.048	$ 0	$ 0	
NOVIEMBRE	$ 2.589.048	$ 0	$ 0	
DICIEMBRE	$ 25.890.484	$ 0	$ 0	
Total	**$ 46.602.868**	**$ 0**	**$ 0**	

7. Observaciones Generales.

8. Recomendaciones. (Preste la asesoría necesaria para que se superen las dificultades identificadas y se mantengan las fortalezas detectadas)

9. Cierre.

Compromisos / tareas	Responsables	Fechas

**Las siguientes personas que firman dan constancia que han revisado y estan de acuerdo con cada uno de los items de la presente acta y que este ejercicio de legalización de cuentas se ha realizado conforme a los lineamientos, guias de supervisión, manuales operativos y minutas contractuales establecidas por el ICBF.

FIRMA RESPONSABLES ICBF Y ENTIDAD ADMINISTRADORA

Nombre	Cargo / Dependencia	EMAIL	Firma
LUZ MERY CARDENAS AVILA	SUPERVISOR(A) DEL CONTRATO ICBF	luz.cardenasa@icbf.gov.co	
MARIA VICTORIA MORENO ÑUSTES	APOYO FINANCIERO ICBF	mariav.moreno@icbf.gov.co	
ANA ROCÍO QUIROZ MANRIQUE	REPRESENTANTE LEGAL EAS	direccion@apdecolombia.com	
ALBERTO BARBA CADENA	CONTADOR EAS	areafinancieraapc@gmail.com	
NATHALIA RAMIREZ	ENLACE TECNICO ICBF	nathalia.ramirez@icbf.gov.co	

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO PRESENTACIÓN INFORMES FINANCIEROS MODALIDAD FAMILIAR	F2.MO13.PP	13/04/2021
		Versión 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

1. Información General

Regional	CUNDINAMARCA					Centro Zonal	Kennedy
Entidad Administradora del Servicio	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA					Municipios donde se presta el servicio	
N° del contrato	11006052024	Fecha de legalización del contrato	20/02/2024	Valor del contrato incluidas modificaciones	$ 2.330.143.400	Plazo de ejecución	Desde: 20/02/2024
Servicio Contratado	DIMF	Cupos contratados	Desarrollo Infantil en medio familiar sin arriendo		650		Hasta: 31/12/2024
			Desarrollo Infantil en medio familiar con arriendo	650			

2. PRESUPUESTO

2.1. Ingresos

Periodo		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL APORTES DEL CONTRATO
RECURSOS ICBF	Porcentaje de desembolso													0%
	Monto del desembolso		$459.431.050		$434.240.300		$434.240.300		$434.240.300		$434.240.300		$133.751.150	$2.330.143.400
RECURSOS CONTRAPARTIDA Y/O VTA	Monto del desembolso				$5.178.096	$5.178.096	$5.178.096	$5.178.096	$5.178.096	$5.178.096	$5.178.096	$5.178.096	$5.178.100	$46.602.868
RECURSOS POR COFINANCIACION	Monto del desembolso													$0

ORIGEN DE LOS RECURSOS DEL CONTRATO	VALOR	%DE PARTICIPACION
TOTAL APORTES ICBF	$2.330.143.400	98%
TOTAL APORTES CONTRAPARTIDA	$46.602.868	2%
TOTAL RECURSOS POR COFINANCIACION	$0	0%
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	$2.376.746.268	100%

2.2. Gastos

Componentes	Rubro	Modalidades a las que aplica	NECESIDADES DE PERSONAL/CUPOS	UNITARIOS ATENCION	UNITARIOS FASE PREPARATORIA	VALOR FASE PREPARATORIA	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	VALOR FASE PREPARATORIA	TOTAL APORTES ICBF
2.2.1. Costos Fijos																				
TALENTO HUMANO	COORDINADOR/A	DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR	2,2	$11.904	$5.952	$1.934.400,00		$7.737.600	$7.737.600	$7.737.600	$7.737.600	$7.737.600	$7.737.600	$7.737.600	$7.737.600	$7.737.600	$7.737.600	$3.868.800	$1.934.400	$85.113.600
	DOCENTES PERFIL 1	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR	11,0	$50.396	$25.198	$6.929.450,00		$27.717.800	$27.717.800	$27.717.800	$27.717.800	$27.717.800	$27.717.800	$27.717.800	$27.717.800	$27.717.800	$27.717.800	$13.858.900	$6.929.450	$304.895.800
	DOCENTES PERFIL 2	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR	2,0	$45.045	$22.523	$1.126.125,00		$4.504.500	$4.504.500	$4.504.500	$4.504.500	$4.504.500	$4.504.500	$4.504.500	$4.504.500	$4.504.500	$4.504.500	$2.252.250	$1.126.125	$49.549.500
	DOCENTES PERFIL 3	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR			$0	$0,00												$0	$0	$0
	PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PERFIL 1	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR	4,3	$16.799	$8.400	$2.729.838,00		$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$5.459.675	$2.729.838	$120.112.851
	PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PERFIL 2	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR			$0	$0,00												$0	$0	$0
	PROFESIONAL NUTRICIÓN PERFIL 1	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR	4,3	$16.799	$8.400	$2.729.838,00		$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$10.919.350	$5.459.675	$2.729.838	$120.112.851
	PROFESIONAL NUTRICIÓN PERFIL 2	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR			$0	$0,00												$0	$0	$0
	AUXILIAR PEDAGÓGICO	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR	13,0	$44.233	$22.117	$7.187.863,00		$28.751.450	$28.751.450	$28.751.450	$28.751.450	$28.751.450	$28.751.450	$28.751.450	$28.751.450	$28.751.450	$28.751.450	$14.375.725	$7.187.863	$316.265.951
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR	2,2	$7.372	$3.686	$1.197.950,00		$4.791.800	$4.791.800	$4.791.800	$4.791.800	$4.791.800	$4.791.800	$4.791.800	$4.791.800	$4.791.800	$4.791.800	$2.395.900	$1.197.950	$52.709.800
DOTACION NO FUNGIBLE	DOTACION	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR																		$0
INFRAESTRUCTURA	ARRIENDO	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$5.153	$4.955	$1.610.375,00		$3.349.450	$3.349.450	$3.349.450	$3.349.450	$3.349.450	$3.349.450	$3.349.450	$3.349.450	$3.349.450	$3.349.450	$1.674.725	$1.610.375	$38.389.975
	SERVICIOS PÚBLICOS	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR																$0	$0	$0
GASTOS OPERATIVOS	GASTOS OPERATIVOS	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$7.223	$3.612	$1.173.738,00		$4.694.950	$4.694.950	$4.694.950	$4.694.950	$4.694.950	$4.694.950	$4.694.950	$4.694.950	$4.694.950	$4.694.950	$2.347.725	$1.173.738	$51.644.701
TRANSPORTE	AUXILIO DE TRANSPORTE PARA DESPLAZAMIENTOS A LOS ENCUENTROS EDUCATIVOS	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$9.235				$6.002.750	$6.002.750	$6.002.750	$6.002.750	$6.002.750	$6.002.750	$6.002.750	$6.002.750	$6.002.750	$6.002.750	$3.001.375		$63.028.875
SEGURO	SEGURO NIÑOS (POLIZAS)	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$1.002				$651.300	$651.300	$651.300	$651.300	$651.300	$651.300	$651.300	$651.300	$651.300	$651.300	$325.650		$6.838.650
DOTACIÓN DE CONSUMO	MATERIAL DIDÁCTICO DE CONSUMO Y PAPELERÍA	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$2.536				$1.648.400	$1.648.400	$1.648.400	$1.648.400	$1.648.400	$1.648.400	$1.648.400	$1.648.400	$1.648.400	$1.648.400	$824.200		$17.308.200
	DOTACIÓN DE ASEO PERSONAL	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$1.691				$1.099.150	$1.099.150	$1.099.150	$1.099.150	$1.099.150	$1.099.150	$1.099.150	$1.099.150	$1.099.150	$1.099.150	$549.575		$11.541.075
	ELEMENTOS DE ASEO BIOSEGURIDAD	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$794				$516.100	$516.100	$516.100	$516.100	$516.100	$516.100	$516.100	$516.100	$516.100	$516.100	$258.050		$5.419.050
	CUADERNO DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR																		$0
SUBTOTAL						**$26.619.577**	**$0**	**$113.303.950**	**$113.303.950**	**$113.303.950**	**$113.303.950**	**$113.303.950**	**$113.303.950**	**$113.303.950**	**$113.303.950**	**$113.303.950**	**$113.303.950**	**$56.652.225**	**$26.619.577**	**$1.242.930.879**
2.2.2. Costos Variables																				
ALIMENTACIÓN	REFRIGERIO NIÑOS/AS Y PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$23.964				$15.576.600	$15.576.600	$15.576.600	$15.576.600	$15.576.600	$15.576.600	$15.576.600	$15.576.600	$15.576.600	$15.576.600	$7.788.300		$163.554.300
	COMPLEMENTO NUTRICIONAL	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$149.017				$96.861.050	$96.861.050	$96.861.050	$96.861.050	$96.861.050	$96.861.050	$96.861.050	$96.861.050	$96.861.050	$96.861.050	$48.430.525		$1.017.041.025
GASTOS OPERATIVOS	GASTOS OPERATIVOS	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR																		$0
DOTACION	DOTACIÓN DE INICIO REFUERZO BIOSEGURIDAD	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR																		$0
SUBTOTAL						**$0**	**$0**	**$112.437.650**	**$112.437.650**	**$112.437.650**	**$112.437.650**	**$112.437.650**	**$112.437.650**	**$112.437.650**	**$112.437.650**	**$112.437.650**	**$112.437.650**	**$56.218.825**	**$0**	**$1.180.595.325**
PRESUPUESTO INICIAL APROBADO						**$26.619.577**	**$0**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$112.871.050**	**$26.619.577**	**$2.423.526.204**
AHORROS POR PERIODO																				$0
INEJECUIONES POR PERIODO																				$0
TOTAL PRESUPUESTO REAL APROBADO						**$26.619.577**	**$0**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$225.741.600**	**$112.871.050**	**$26.619.577**	**$2.423.526.204**

DIFERENCIA INGRESOS FRENTE A EGRESOS **-$93.382.804**

OBSERVACIONES

Firma Contador y/o tesorero

Firma del Representante Legal

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO PRESENTACIÓN INFORMES FINANCIEROS MODALIDAD FAMILIAR	F2.MO13.PP	13/04/2021
		Versión 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

2. RECURSOS EJECUTADOS PAGADOS Y POR PAGAR

NOMBRE DEL SERVICIO			Asociacion Profesionales de Colombia			No. CONTRATO	11006052024	VALOR ACTUAL	$ 2.330.143.400	PERIODO A REPORTAR		ATENCION FEBRERO
CONFORMACION Y DESCRIPCION DE ITEMS			VALOR FASE PREPARATORIA	PRESUPUESTO APROBADO PARA EL PERIODO	MAS EJECUCION REPROGRAMADA PERIODO ANTERIOR	VALOR TOTAL PRESUPUESTO DISPONIBLE PARA EL PERIODO	EJECUCION DEL PERIODO INCLUYE VALORES PAGADOS Y POR PAGAR Y PROVISION PRESTACIONES	EJECUCION PROGRAMADA PARA EL SIGUIENTE PERIODO	SALDO DE EJECUCION EN EL PERIODO	VALOR AHORROS DEL PERIODO	VALOR INEJECUCIONES DEL PERIODO	VALOR DE LA CARGA PRESTACIONAL EN EL PERIODO
COSTOS FIJOS												
TALENTO HUMANO	COORDINADOR/A	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$7.737.600		$7.737.600	$7.737.600		$0			
	DOCENTES PERFIL 1	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$27.717.800		$27.717.800	$27.717.800		$0			
	DOCENTES PERFIL 2	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$4.504.500		$4.504.500	$4.504.475		$25			
	DOCENTES PERFIL 3	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR				$0			$0			
	PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PERFIL 1	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$10.919.350		$10.919.350	$10.919.300		$50			
	PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL PERFIL 2	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR				$0			$0			
	PROFESIONAL NUTRICIÓN PERFIL 1	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$10.919.350		$10.919.350	$10.919.350		$0			
	PROFESIONAL NUTRICIÓN PERFIL 2	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR				$0			$0			
	AUXILIAR PEDAGÓGICO	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$28.751.450		$28.751.450	$28.751.203		$247			
	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$4.791.800		$4.791.800	$4.791.831		-$31			
DOTACION NO FUNGIBLE	DOTACION NO FUNGIBLE	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR				$0			$0			
INFRAESTRUCTURA	ARRIENDO	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$3.349.450		$3.349.450	$3.349.450		$0			
	SERVICIOS PÚBLICOS	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR				$0			$0			
GASTOS OPERATIVOS	GASTOS OPERATIVOS	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$4.694.950		$4.694.950	$4.609.916		$85.034	$85.034		
TRANSPORTE	AUXILIO DE TRANSPORTE PARA DESPLAZAMIENTOS A LOS ENCUENTROS EDUCATIVOS	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$6.002.750		$6.002.750	$2.276.250		$3.726.500		$3.726.500	
SEGURO	SEGURO NIÑOS (POLIZAS)	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$651.300		$651.300	$651.300		$0			
DOTACIÓN DE CONSUMO	MATERIAL DIDÁCTICO DE CONSUMO Y PAPELERÍA	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$1.648.400		$1.648.400	$1.647.050		$1.350			
	DOTACIÓN DE ASEO PERSONAL	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$1.099.150		$1.099.150	$1.099.150		$0			
	ELEMENTOS DE ASEO BIOSEGURIDAD	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$516.100		$516.100	$516.100		$0			
TOTAL COSTOS FIJOS			**$0**	**$113.303.950**	**$0**	**$113.303.950**	**$109.490.775**	**$0**	**$3.813.175**	**$85.034**	**$3.726.500**	**$0**
COSTOS VARIABLES												
ALIMENTACIÓN	REFRIGERIO NIÑOS/AS Y PERSONA RESPONSABLE DEL CUIDADO	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$15.576.600		$15.576.600	$3.334.250		$12.242.350		$12.242.350	
	COMPLEMENTO NUTRICIONAL	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR		$96.861.050		$96.861.050	$54.967.018		$41.894.032	$41.894.032		
GASTOS OPERATIVOS	GASTOS OPERATIVOS					$0			$0			
DOTACION	DOTACION DE INICIO REFUERZO BIOSEGURIDAD	FAMILIAR - DESARROLLO EN MEDIO FAMILIAR				$0			$0			
TOTAL COSTOS VARIABLES			**$0**	**$112.437.650**	**$0**	**$112.437.650**	**$58.301.268**	**$0**	**$54.136.382**	**$41.894.032**	**$12.242.350**	**$0**
TOTALES			**$0**	**$225.741.600**	**$0**	**$225.741.600**	**$167.792.043**	**$0**	**$57.949.557**	**$41.979.066**	**$15.968.850**	**$0**

OBSERVACIONES

Firma Contador y/o tesorero

Firma de Representante Legal

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

	PROCESO PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN FORMATO PRESENTACIÓN INFORMES FINANCIEROS MODALIDAD FAMILIAR	F2.MO13.PP	13/04/2021
BIENESTAR FAMILIAR		Versión 4	Página 1 de 1
		Clasificación de la Información: Pública	

1. Información General												
ENTIDAD ADMINISTRDORA DEL SERVICIO	Asociacion Profesionales de Colombia			No. DEL CONVENIO O CONTRATO			1100605202 4	VALOR DEL CONVENIO O CONTRATO			$	2.330.143.400
2. SEGUIMIENTO AL USO DE LOS APORTES												
DESCRIPCION	**ENERO**	**FEBRERO**	**MARZO**	**ABRIL**	**MAYO**	**JUNIO**	**JULIO**	**AGOSTO**	**SEPTIEMBRE**	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**DICIEMBRE**
VALOR INGRESO DE APORTES PARA EL PERIODO												
VALOR OTROS INGRESOS												
MAS SALDO DE APORTES DEL PERIODO ANTERIOR		$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0	$0
TOTAL APORTES PARA EL PERIODO	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
VALOR PAGOS DURANTE EL PERIODO CON APORTES DEL ICBF												
CUENTAS POR PAGAR CAUSADAS EN EL PERIODO		$192.810.315										
CUENTAS POR PAGAR CANCELADAS EN EL PERIODO												
PAGO CON CARGO A LA PROVISION PRESTACIONAL												
PAGO RETENCION EN LA FUENTE, IVA, OTROS IMPUESTOS												
OTROS PAGOS REALIZADOS EN EL PERIODO												
SALDO DE APORTES ICBF PARA EL PERIODO	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
SALDO SEGÚN EXTRACTO EN EL PERIODO												
DIFERENCIAS	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**
VALOR CARGA PRESTACIONAL DEL PERIODO												
CARGA PRESTACIONAL ACUMULADA	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**	**$0**

DESCRIPCION	REGISTRO CONSIGNACION DE RENDIMIENTOS FINANCIEROS												TOTAL
	ENERO	**FEBRERO**	**MARZO**	**ABRIL**	**MAYO**	**JUNIO**	**JULIO**	**AGOSTO**	**SEPTIEMBRE**	**OCTUBRE**	**NOVIEMBRE**	**DICIEMBRE**	
RENDIMIENTOS FINANCIEROS SEGÚN EXTRACTO													**$0**
VALOR CONSIGNADO													**$0**
FECHA DE LA CONSIGNACION													
No. DE COMPROBANTE DE LA CONSIGNACION													
PERIODO EN EL QUE SE GENERARON LOS RENDIMIENTOS FINANCIEROS													
												DIFERENCIA	**$0**

OBSERVACIONES

Firma del Contador o tesorero de la empresa

¡Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!
Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLITICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

BIENESTAR FAMILIAR	**PROCESO** **PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN** **FORMATO PRESENTACIÓN INFORMES FINANCIEROS MODALIDAD FAMILIAR**	**F2.MO13.PP**	**13/04/2021**
		Versión 4	**Página 1 de 1**
		Clasificación de la Información: Pública	

CONCILIACION BANCARIA				
ENTIDAD ADMINISTRADORA DEL SERVICIO:	Asociacion Profesionales de Colombia	NIT: 830.107.975-1		
ENTIDAD BANCARIA:	Banco de Bogota	OFICINA:		
TIPO DE CUENTA:	Ahorro - Maestra		PERIODO	Febrero
NUMERO DE CUENTA:	075738187			
DESCRIPCION			**VALOR SEGÚN REPORTE ICBF**	**VALOR SALDO EXTRACTO**
*** SALDO DE APORTES ICBF PARA EL PERIODO**				$0
SALDO EXTRACTO BANCARIO				$0
DIFERENCIA A CONCILIAR				**$0**
DETALLE DE LA CONCILIACION				**MOVIMIENTOS**
VALOR CONCILIADO				**$0**
BALANCE DE LA CONCILIACION				**$0**

*** ESTE VALOR CORRESPONDE AL RESULTADO OBTENIDO EN LA CELDA *"SALDO DE APORTES ICBF PARA EL PERIODO"* DEL FORMATO SEGUIMIENTO AL USO DE LOS APORTES.**

OBSERVACIONES

Firma Contador y/o tesorero

Antes de imprimir este documento… piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA

LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1
PROGRAMA DIMF KENNEDY
CONTRATO 11006052024

TALENTO HUMANO

FASE DE ATENCION

FEBRERO DE 2024

CONTRATO

DIMF

KENNEDY

11006052024

Sede Administrativa Calle 95 No 68 F 24 Barrio La alborada Teléfonos: 4742288
Sucursal Cll. 57 Sur No 104-09 Bosa Santafé Teléfonos: - 7534620
www.apdecolombia.com
direccion@apdecolombia.com - apdecolombia09@yahoo.es

Asociacion Profesionales de Colombia

830.107.985-1

Relacion de gastos

Dimf Kennedy

Talento Humano Contrato 11006052024

Mes Febrero 2024 Fase De Atencion

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NUMERO DE IDENTIFICACION PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COMPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETE ICA 9,66%	VALOR TOTAL PAGADO
Emilce Rojas Aguilar	Cc	52.278.676	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 4.166.400	$ 40.247	$ 4.126.153
Ana Maria Barragan León	Cc	1.030.572.403	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Liliana Patricia Peña Salcedo	Cc	52.974.510	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Linda Lucia Gonzales Cordoba	Cc	1.192.783.140	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Marcela Castillo Valbuena	Cc	1.019.030.999	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Maria Alejandra Duran Ortiz	Cc	1.099.894.901	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Martha Elizabeth Paez Alarcon	Cc	1.032.359.119	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Ana Herlinda Camacho Sanchez	Cc	39.664.914	Agente Educativo Perfil 2	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.252.225	$ 21.756	$ 2.230.469
Diana Margarita Morales Arrieta	Cc	52.356.915	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.359.800	$ 32.456	$ 3.327.344
Yuri Alexandra Garcia Avila	Cc	1.032.378.513	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Sindy Paola Plata Nieto	Cc	52.762.693	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
Johanna Andrea Contreras Marin	Cc	53.077.091	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.359.800	$ 32.456	$ 3.327.344
Angie Tatiana Muñoz Cardenas	Cc	1.020.786.376	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Claudia Patricia Buitrago Caro	Cc	53.093.373	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Karenth Jeanneth Junco	Cc	52.932.713	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Mayerly Andrea Gomez Suarez	Cc	1.030.555.808	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Nohora Rosalba Rojas Medina	Cc	51.814.455	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Nicol Alejandra Barrero Vasquez	Cc	1.233.489.641	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Sooner Susana Chaves Rodriguez	Cc	52.847.653	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Angie Daniela Quiñones Hernandez	Cc	1.001.340.480	Auxiliar Administrativa	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Yolima Guzman Fajardo	Cc	40.443.431	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 3.571.200	$ 34.498	$ 3.536.702
Angela Liliana Caro Pulido	Cc	52.750.469	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Greys Alejandra Amaya Lopez	Cc	52.979.572	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Nataly Cardenas Cofles	Cc	1.023.920.824	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Luz Nidia Perez Velasquez	Cc	52.463.180	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Shirley Paola Vanegas Prada	Cc	52.769.729	Agente Educativa Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.800	$ 24.341	$ 2.495.459
Ana Jazmin Becerra Gallo	Cc	52.931.661	Agente Educativa Perfil 2	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.252.250	$ 21.757	$ 2.230.493
Diana Katherin Conde Valencia	Cc	1.030.661.794	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
Gina Paola Martinez Castro	Cc	52.978.862	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
Nataly Sarmiento Suarez	Cc	1.031.139.309	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
Laura Sofia Alarcon Arbelaez	Cc	1.000.794.222	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.519.850	$ 24.342	$ 2.495.508
Anyela Patricia Velasquez Gutierrez	Cc	52.792.170	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Johanna Paola Cruz Romero	Cc	1.032.393.441	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Luz Marina Diaz Corredor	Cc	51.746.897	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Luz Omaira Salamanca Guzman	Cc	1.024.546.491	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Yuliana Patricia Cienfuegos Perez	Cc	1.143.377.520	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Yulieth Natalia Muñoz Zamora	Cc	1.032.492.656	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.211.631	$ 21.364	$ 2.190.267
Luz Adriana Rocha Almanza	Cc	1.098.619.826	Auxiliar Administrativa	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 2.580.200	$ 24.925	$ 2.555.275
									$ -	$ -
TOTAL								**$ 95.341.559**	**$ 920.999**	**$ 94.420.560**

PRESUPUESTO	$ 95.341.850
DIFERENCIA	$ 291

Banco de Bogotá

WWW.BANCODEBOGOTA.COM

Nóminas, Proveedores y Libranzas

Empresa: **ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA**
Tipo Identificación: **NIT Persona Jurídica** **No. Identificación:** **8301079851**
Generado por: **ANA QUIROZ**

A continuación el detalle de: Resultado - Crear

No. Autorización	09571105	**Fecha de Emisión**	2024/04/09

Origen

Tipo Producto	Cuenta Ahorros		
Nombre Producto Origen	AHO8187	**No. Producto**	*****8187
Fecha Pago	2024/04/09		

Destino

Tipo Identificación	NIT Persona Jurídica
No. Identificación	8301079851
Beneficiario	ASOCIACION PROFESIONALES DE COLOMBIA
Valor a Pagar	$95,341,559.00
Entidad Financiera	Banco de Bogotá
Tipo Producto	Cuenta Corriente
Producto Destino	075572156
Tipo Pago	NOMINA
Referencia / No. Factura	
Información Adicional	068000000000PINF
Estado	En Proceso

Importante: Una vez finalizada esta transacción, por favor verifique el débito en la cuenta origen, antes de intentar realizarla nuevamente.

* La tarifa de esta transacción depende del acuerdo que tenga establecido con el Banco

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON001

NOMBRE: EMILCE ROJAS AGUILAR
CEDULA: 52.278.676
CUENTA BANCARIA: 060374899 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($4.166.400) CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Coordinadora - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 350 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($4.166.400) CUATRO MILLONES CIENTO SESENTA Y SEIS MIL CUATROCIENTOS PESOS M/CTE**.** Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: Emilce Rojas Aguilar
C.C. 52.278.676
Correo: emeilcerojasts@gmail.com
Dirección: carrera 73 d # 35c-17 sur
Teléfono: 3213231356

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	52278676
NOMBRES	EMILCE
APELLIDOS	ROJAS AGUILAR
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR -CM	SUBSIDIADO	01/03/2012	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de Impresión: 02/08/2024 11:28:26 | Estación de origen: 192.168.70.220

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982416452

(415)7707212489984(8020) 000001498241645 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 2 7 8 6 7 6	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52278676	1 9 9 4 1 0 3 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	AGUILAR	EMILCE	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

Dirección principal: CR 73 D 35 C SUR 17 BRR KENNEDY

42. Correo electrónico: coordinacionapcabraham@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 3 2 3 1 3 5 6	3 1 1 4 8 5 2 7 6 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades	
46. Código / 47. Fecha inicio actividad		48. Código / 49. Fecha inicio actividad		50. Código 1 2	51. Código
8 5 5 9	2 0 2 2 0 7 0 1				1 2 1 0

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2024 - 02 - 16 / 08 : 13: 36

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: ROJAS AGUILAR EMILCE

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO

Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON007

NOMBRE: ANA MARIA BARRAGAN LEON
CEDULA: 1.030.572.403
CUENTA BANCARIA: 191233964 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce R.
Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Ana Maria Barragan L.
NOMBRE: ANA MARIA BARRAGAN LEON
C.C. 1.030.572.403
Correo: abarrganleon@gmail.com
Dirección: Calle 40 sur # 78 M27
Teléfono: 3193927207

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación

1614476189

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia; - Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1.030572403	Femenino X Masculino	21 04 1991

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	Protección	$ 1.300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Cll 40 sur # 78 M 27	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3219327207	adavilagonlem@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogotá	Urbana X Rural		Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	31. Discapacidad Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983354404

(415)7707212489984(8020) 000001498335440 4

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 5 7 2 4 0 3	9	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 0 5 7 2 4 0 3	2 0 0 8 0 5 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRAGAN	LEON	ANA	MARIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 40 SUR 78 M 27 BRR KENNEDY

42. Correo electrónico abarraganleon@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 9 3 9 2 7 2 0 7	6 0 1 2 6 4 4 2 2 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 3 0	2 0 1 6 0 5 0 2	7 0 1 0	2 0 1 3 0 1 2 4				

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 13 : 25: 14

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 BARRAGAN LEON ANA MARIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON011

NOMBRE: LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
CEDULA: 52.974.510
CUENTA BANCARIA: 212085823 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: LILIANA PATRICIA PEÑA SALCEDO
C.C. 52.974.510
Correo: lilixtrem10@hotmail.com
Dirección: Cra 88 # 6ª 90
Teléfono: 3202428895

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: DI PB 2021

181479223

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo ✓ B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
PEÑA	SAICEDO	JULIANA	PATRICIA

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC	52794510	Femenino ✓ Masculino	07 06 1973

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial
	Tipo F N M Condición T P		

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		1.300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CARRERA 78 # 6A 92	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3 12 8895	liliixtrem10@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
CALI	Urbana ✓ Rural		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS BENEFICIARIOS Y DEL GRUPO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Conyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
		Femenino Masculino		
B2		Femenino Masculino		
B3		Femenino Masculino		
B4		Femenino Masculino		
B5		Femenino Masculino		

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M	T P		Urbana Rural			
B2	F N M	T P		Urbana Rural			
B3	F N M	T P		Urbana Rural			
B4	F N M	T P		Urbana Rural			
B5	F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982407470

(415)7707212489984(8020) 000001498240747 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 7 4 5 1 0	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 9 7 4 5 1 0	2 0 0 1 0 7 1 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEÑA	SALCEDO	LILIANA	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 88 6 A 90 SUR TO 23 AP 604

42. Correo electrónico	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
lilixtrem10@hotmail.com	3 2 0 2 4 2 8 8 9 5	3 1 0 2 4 2 8 8 9 5

43. Código postal

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 2	2 0 0 9 0 2 0 2	4 7 7 3	2 0 1 9 0 3 1 4				

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
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros		Exportadores			
54. Código		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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 21 / 15 : 33: 42

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 PEÑA SALCEDO LILIANA PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 21-02-2024 03:36:02PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-

NOMBRE: LINDA LUCIA GONZALEZ CORDOBA
CEDULA: 1.192.783.140
CUENTA BANCARIA: 106871262 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: LINDA LUCIA GONZALEZ CORDOBA
C.C. 1.192.783.140
Correo: gonlinda1@hotmail.com
Dirección: Cra 77 H Bis # 57 C 18
Teléfono: 3046105470

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

COLOMBIA POTENCIA DE LA VIDA

ADRES Salud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1192783140
NOMBRES	LINDA LUCIA
APELLIDOS	GONZALEZ CORDOBA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	01/01/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/20/2024 14:26:40	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14986373799

(415)7707212489984(8020) 000001498637379 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 1 9 2 7 8 3 1 4 0	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 1 9 2 7 8 3 1 4 0	2 0 1 1 1 0 1 0

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	La Guajira 4 4	Maicao 4 3 0

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GONZALEZ	CORDOBA	LINDA	LUCIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
BRR SUBA RINCON

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
gonlinda1@gmail.co		3 0 4 6 1 0 5 4 7 0	3 0 1 2 5 8 1 7 2 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 1 1	2 0 1 2 0 1 2 3	8 5 1 2	2 0 1 3 0 2 0 4				4 1 1 4	

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
53. Código	4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

Exportadores					
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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 28 / 11 : 43: 33

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 GONZALEZ CORDOBA LINDA LUCIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA NO CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-03-2024 12:11:00PM

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON010

NOMBRE: MARCELA CASTILLO VALBUENA
CEDULA: 1.019.030.999
CUENTA BANCARIA: 005410626 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce R.

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Marcela Castillo V.

NOMBRE: MARCELA CASTILLO VALBUENA
C. 1.019.030.999
Correo: chelasca@hotmail.com
Dirección: Cra 147 # 143 B 56
Teléfono: 3105688181

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

181476171

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Cotizante o Cabeza de Familia)

6. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Castillo	Valbuena	Marcia	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC X PA SC	1019020799	Femenino X Masculino	12 03 1979

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	Porvenir	1.300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Cll 4to N 7A 35	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
310.6281	Chelasca@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona Urbana X Rural	Localidad / Comuna	Departamento
Boyaca		2	Boyaca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino Masculino		
B2		Femenino Masculino		
B3		Femenino Masculino		
B4		Femenino Masculino		
B5		Femenino Masculino		

30. Etnia	31. Discapacidad Tipo	Condición	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M	T P		Urbana Rural			
B2	F N M	T P		Urbana Rural			
B3	F N M	T P		Urbana Rural			
B4	F N M	T P		Urbana Rural			
B5	F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14973225079

(415)7707212489984(8020) 000001497322507 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 1 9 0 3 0 9 9 9	0	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 1 9 0 3 0 9 9 9	2 0 0 7 0 3 0 8

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CASTILLO	VALBUENA	MARCELA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 168 106 35

42. Correo electrónico: chelasca@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 5 6 8 8 1 8 1	0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 2	2 0 1 0 0 1 0 1	8 5 1 1	2 0 1 0 0 1 0 1	8 2 9 9			

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
4 9																									

53. Código 49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 17 / 14 : 31: 56

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 CASTILLO VALBUENA MARCELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 17-01-2024 02:35:15PM

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON008

NOMBRE: MARIA ALEJANDRA DURAN ORTIZ
CEDULA: 1.099.894.901
CUENTA BANCARIA: 329259238 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: MARIA ALEJANDRA DURAN ORTIZ
C.C1.099.894.901
Correo: malduor95@gmail.com
Dirección: Cll 49 A Bis # 10 D 20
Teléfono: 3133606640

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 01 03 2014

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual • Cotizante o cabeza de Familia • Beneficiario o afiliado adicional [X] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [X] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS): [ ]

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

A. AFILIACIÓN

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Durán — Segundo Apellido: Ortiz — Primer Nombre: Maria — Segundo Nombre: Alejandra
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1022344401
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 28 07 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia:
12. Discapacidad: Tipo: Condición:
13. Puntaje SISBÉN: 01
14. Grupo de población especial:
15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura
16. Administradora de pensiones: Porvenir
17. Ingreso base de cotización - IBC:
18. Residencia: Calle 49 A Bis Sur 100-20
Teléfono fijo: 3133606240
Correo electrónico: maldoaras@gmail.com
Municipio / Distrito: Bosa
Zona: Urbana [ ] Rural [X]
Departamento:

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre
20. Tipo de documento de identidad:
21. Número del documento de identidad:
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino / Masculino	28. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
01								
02								
03								
04								
05								

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
01		
02		
03		
04		
05		

	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
01								
02								
03								
04								
05								

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Colsubsidio Bosa Porvenir	
1		
2		
3		
4		
5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: Maria Alejandra Ocan Ortiz
36. Tipo de documento de identificación: CC
37. Número del documento de identificación: 1022344401
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS):
39. Ubicación: Cll 49 A Bis Sur 100-20
Correo electrónico: maldoaras@gmail.com
Municipio / Distrito: Bosa

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del traslado de cotizante al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad:
Número del documento de identidad:
Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
Fecha de nacimiento:
42. Fecha novedad: 01 03 2014
43. EPS anterior:
44. Motivo de traslado: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario(s).
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

Alejandra Ocan

Firma del cotizante o cabeza de familia o responsable del pago de aportes en caso de ser requerido

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad: Total [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de dichos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de los autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

DA: 1602

Copia registro civil

01

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio — Código del departamento
67. Datos del SISBÉN: Número de la ficha — Puntaje — Nivel
68. Fecha de radicación: D D M M A A A A
69. Fecha de validación: D D M M A A A A
70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad:
Número del documento de identidad:
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES: Independiente

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Cadena s.a.

- ORIGINAL ÚNICA -

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983348480

(415)7707212489984(8020) 000001498334848 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 9 9 8 9 4 9 0 1	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1099894901	2 0 1 3 1 1 1 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Santander 6 8	Carcasí 1 5 2

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DURAN	ORTIZ	MARIA	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
OMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. ección principal
CL 49 A BIS SUR 10 D 20

42. Correo electrónico malduor95@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 8 3 1	3 2 2 3 7 0 9 9 9 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 1	2 0 1 9 0 6 1 2						2 3 1 3	

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
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10											55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20													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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 13 : 14: 13

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 DURAN ORTIZ MARIA ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-02-2024 01:14:54PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF TRIUNFADORAS -CON012

NOMBRE: MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON
CEDULA: 1.032.359.119
CUENTA BANCARIA: 274265222 BANCO: **BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico - DIMF Kennedy Gestando Futuro Triunfadoras del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:
Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: MARTHA ELIZABETH PAEZ ALARCON
C.C: : : 1.032.359.119
Correo: eliza0313@hotmail.com
Dirección: Cra 79 F # 14-45
Teléfono: 322333761

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimient

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

06 3168956

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]

5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

Código (a registrar por la EPS) [ ]

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
	ALVAREZ	MARTHA	

7. Tipo de documento de identidad [ ] 8. Número del documento de identidad 1.032.360.149

9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ] 10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia | 12. Discapacidad: Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P] | 13. Puntaje SISBÉN | 14. Grupo de población especial | 15. Administradora de riesgos laborales - ARL | 16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC | 18. Residencia | Dirección | Teléfono fijo | Teléfono celular

Correo electrónico | Municipio / Distrito | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Localidad / Comuna | Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad [ ] 21. Número del documento de identidad

22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] 23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres:	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	CAVASA	
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social | 36. Tipo de documento de identificación [ ] | 37. Número del documento de identificación | 38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección | Teléfono | Correo electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la afiliación en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad [ ] | Número del documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento D D M M A A A A | 42. Fecha novedad D D M M A A A A

43. EPS anterior | 44. Motivo de traslado Código [ ] | 45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]

VIII. FIRMAS

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982392858

(415)7707212489984(8020) 000001498239285 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 3 5 9 1 1 9	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1032359119	2004/03/20

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PAEZ	ALARCON	MARTHA	ELIZABETH

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

ción principal
CR 79 F 14 45

42. Correo electrónico eliza0313@hotmail.com

Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 3 3 3 7 6 1 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 1	2 0 1 1 / 0 1 / 2 6	8 5 1 2	2 0 1 1 / 0 1 / 2 6					

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
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
Código																							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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 15 / 20 : 53: 10

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 PAEZ ALARCON MARTHA ELIZABETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-02-2024 10:09:22PM

DOCUMENTO AUTENTICADO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON009

NOMBRE: ANA HERLINDA CAMACHO
CEDULA: 39.664.915
CUENTA BANCARIA: 060374956 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce R.

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Ana Camacho S.

NOMBRE: ANA HERLINDA CAMACHO
C.C 139.664.915
Correo: chelasca@hotmail.com
Dirección: Cra 78 A # 47 30 SUR
Teléfono: 3143870875

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

Famisanar

NIT 830.003.564

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA

Comacho Sanchez Ana Yolanda

Ana Yolanda Camacho Sanchez
Cra 72A # 47-30 sur AP 404 3143830815 cancos12@hotmail.com Bogota Cund

X Ana Camacho

Soy Independiente cotizo propio

ORIGINAL UNICA

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982379587

(415)7707212489984(8020) 000001498237958 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
3 9 6 6 4 9 1 5	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	3 9 6 6 4 9 1 5	1 9 8 5 1 2 0 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Cundinamarca 2 5	Soacha 7 5 4

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAMACHO	SANCHEZ	ANA	HERLINDA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 78 A 47 30 SUR AP 206 A BRR JAQUELINE

42. Correo electrónico: ancas12@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 3 8 7 0 8 7 5	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 0 7 1 2 0 7							

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 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

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 14 : 05: 23

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 CAMACHO SANCHEZ ANA HERLINDA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-02-2024 02:05:41PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON004

NOMBRE: DIANA MARGARITA MORALES
CEDULA: 52.356.915
CUENTA BANCARIA: 380803239 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($3.359.800) TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: APOYO PSICOSOCIAL - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 200 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.359.800) TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE.. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: DIANA MARGARITA MORALES
C.C 52.356.915
Correo: dimarmoa@gmail.com
Dirección: Kra 105 F # 66-10
Teléfono:3177465779

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

SOI

SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52356915
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARGARITA MORALES ARRIETA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 97 N 140-07 APTO 330	TELÉFONO:	8218585
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales, científicas y té
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	79134159361			TIPO DE PLANILLA:					INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	febrero	AÑO 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES	febrero	AÑO	2024
DÍAS DE MORA:	0								
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/01			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	484505844				

TOTAL APORTES A PENSIÓN

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	COTIZACIÓN	APORTES VOLUNTARIOS		FSP		MORA		TOTALES		
CÓDIGO	NOMBRE			EMPLEADOR	COTIZANTE	SOLIDARIDAD	SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN	FSP	APORTES	MORA	VALOR PAGADO
231001	231001-COLFONDOS	1	$ 215.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 215.100	$ 0	$ 215.100
SUBTOTALES:										$ 215.100	$ 0	$ 215.100

TOTAL APORTES A SALUD

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD		LICENCIA MATERNIDAD		SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN		MORA		TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 168.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 168.000	$ 0	$ 0	$ 168.000
SUBTOTALES:													$ 168.000	$ 0	$ 0	$ 168.000

TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

ADMINISTRADORA		No. COTIZANTES	INCAPACIDAD IRP			SALDO A FAVOR		LIQUIDACIÓN	TOTALES			
CÓDIGO	NOMBRE		NÚMERO AUTORIZACIÓN	VALOR	PAGO A OTROS RIESGOS	PLANILLA	VALOR	COTIZACIÓN	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
14-11	14-11 - ARL SURA	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 7.100	$ 7.100	$ 0	$ 0	$ 7.100
SUBTOTALES:									$ 7.100	$ 0	$ 0	$ 7.100

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																			SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																												PENSIÓN								SALUD							ARP												
N°	IDENTIFICACIÓN	NOMBRES	TIPO COTIZANTE	SUBTIPO COTIZANTE	SALARIO BÁSICO	TIPO DE SALARIO	COLOMBIANO	EXTRANJERO	REFORMA TRIBUTARIA	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT.	ISC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	ISC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT.	ISC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT.	ISC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 52356915	MORALES ARRIETA DIANA MARGARITA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.727.200				NO								01-32									231001-COLFONDOS	30	$ 1.344.000	$ 215.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 215.100	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.344.000	$ 168.000	$ 0	$ 168.000	14-11 - ARL SURA	30	$ 1.344.000	52356915	$ 7.100		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL	$ 390.200

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CEDULA DE CIUDADANIA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52356915
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DIANA MARGARITA MORALES ARRIETA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CARRERA 97 N 146D-07 APTO	TELÉFONO:	5218585
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades profesionales,
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO		
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**7913415961**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS:	MES: febrero AÑO: 2024	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:		MES:	febrero
DÍAS DE MORA:	0			AÑO:	2024
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2024/03/01	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			484505844

NOVEDADES

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

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800227940	231001	231001-COLFONDOS	1	$ 215.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 215.100**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
800251440	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 168.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 168.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
890903790	14-11	14-11 - ARL SURA	1	$ 7.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 7.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 390.200**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 390.200**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14970818361

(415)7707212489984(8020) 000001497081836 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 3 5 6 9 1 5	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 3 5 6 9 1 5	1 9 9 5 1 1 1 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MORALES	ARRIETA	DIANA	MARGARITA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
C 146 D 07 BL L AP 330

42. Correo electrónico dimarmoa@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 7 7 4 6 5 7 7 9	6 0 1 5 2 4 4 3 0 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 1 5 0 6 0 4	8 2 9 9	2 0 1 5 0 6 0 4				

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
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 08 / 16 : 12: 19

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 MORALES ARRIETA DIANA MARGARITA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 08-01-2024 04:13:21PM

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON003

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA
CEDULA: 1.032.378513
CUENTA BANCARIA: 075601401 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: APOYO PSICOSOCIAL - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 150 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA
C.C 1.032.378.513
Correo: alexandrapsocosocial03@gmail.com
Dirección: Kra 70 B # 05 B 06
Teléfono:3186669533

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS

NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación 26 12 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]
2. Tipo de Afiliación: A. Individual [ ] • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [X]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]
Código (no registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: García Ávila Yuri Alexandra
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1082378513
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 18 12 1998

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo [ ] Condición [ ]
13. Puntaje SISBEN
14. Grupo de población especial
15. Administradora de riesgos laborales - ARL: SURA
16. Administradora de pensiones: Colpensiones
17. Ingreso base de cotización - IBC - 18. Residencia: 1.300.000 Cl 90 B 05 B 06 3186695933
alexandrapsicosocial03@gmail.com Bosa Zona Urbana [X] Rural [ ] Kennedy DC

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres
20. Tipo de documento de identidad
21. Número del documento de identidad
22. Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ]
23. Fecha de nacimiento

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo F / M	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad: Tipo F / M / S	Condición T / P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona U / R	Departamento	Tenencia de la vivienda	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B	Capam	
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social: Yuri Alexandra García Ávila
36. Tipo de documento de identificación: CC
37. Número del documento de identificación: 1082378513
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
39. Ubicación: Cl 90 B 05 B 06 3186695933 alexandrapsicosocial03@gmail.com Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de [illegible] [ ] 3. Actualización de datos complementarios [ ] 4. Terminación de la afiliación en la EPS [ ] Código [ ] 5. Reingreso en la EPS [ ] 6. [illegible] [ ] 7. Inclusión de beneficiario [ ] 8. Inicio de relación laboral empleador [ ] 9. Inicio de relación laboral empleador [ ] 10. Terminación de la relación laboral [ ] 11. Cambio de [illegible] [ ] 12. Desafiliación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Traslado a [illegible] [ ] 14. Traslado A Otra EPS [ ] 15. Traslado A Otro Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento [ ] 17. Reporte del cambio de población al cotizante [ ] 18. Reporte de la [illegible] [ ] 19. Inclusión de [illegible] [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
Sexo F / M
Fecha de nacimiento
42. Fecha novedad
43. EPS anterior
44. Motivo de traslado
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios afiliados
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. La señalada en el artículo 2.2.3.2.1 del Decreto 780 de 2016 y el artículo 3.3.1 del Decreto 1273 de 2018
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la afiliación oportuna. Para los casos establecidos en el artículo 2.1.3.1 del Decreto 780 de 2016
49. Declaración de no afiliación del cotizante cabeza de familia beneficiario o de alguno de los beneficiarios
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica de [illegible] para el reporte de novedades a la base de datos de afiliados
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la atención de [illegible] en la Unidad de Pago por Capitación - UPC
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo establecido en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información en el correo electrónico o al celular suministrado.

Famisanar EPS Ltda. Leidy Johanna Baquero [illegible]

VIII. FIRMAS

Yuri Alexandra García Ávila

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [X] PA [ ] CE [ ] CD [ ] SC [ ] Cantidad [1] Total [1]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública de declaración de unión marital de hecho o sentencia judicial que declare la unión marital
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declara el divorcio, sentencia judicial que declara la separación de cuerpos y escritura pública de la declaración o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
63. Copia del documento en que conste la petición de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
64. Copia de la autorización de traslado por parte de la entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
65. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
66. Copia del acto administrativo o providencia de los autorizados competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

67. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio / Código del departamento
68. Datos del SISBÉN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel
68. Fecha de radicación
69. Fecha de validación
70. Datos del funcionario que realiza la validación
Tipo de documento de identidad
Número del documento de identidad
OBSERVACIONES Independiente CP. Planta Eden
71. Firma del funcionario

VERSIÓN 2 - Diligenciamiento electrónico

Recuerde que con la firma del funcionario se declara manifiesta la veracidad de la información registrada y de los anexos que se relacionan en el numeral VII del formulario

Cadena s.a.

- ORIGINAL ÚNICA -

A-1500150-01077722-F-1032378513-20190626 0065605293A 1 9908731569

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14981565246

(415)7707212489984(8020) 000001498156524 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 3 7 8 5 1 3	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1032378513	2 0 0 5 0 1 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARCIA	AVILA	YURI	ALEXANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 70 B 5 B 06 BRR NUEVA MARSELLA

42. Correo electrónico: alexandrapsicosocial03@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 8 3 1	3 1 8 6 6 6 9 5 3 3	3 0 1 7 6 0 3 6 4 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 2 2 0	2 0 1 4 0 7 2 3						

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
4 9																									

53. Código 49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 14 : 00: 58

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 GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CLASIFICADO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON005

NOMBRE: SINDY PAOLA PLATA NIETO
CEDULA: 52.762.693
CUENTA BANCARIA: 212220339 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.850) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: NUTRICIONISTA - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 150 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.850) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: SINDY PAOLA PLATA NIETO
C.C 52.762.693
Correo: sp795@hotmail.com
Dirección: Kra 81 C # 55 75 sur
Teléfono:3152314030

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52762693		PLATA NIETO SINDY PAOLA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CARRERA 81C 55 75 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3000000	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-02	2024-02	450627378	9462433450	I	2024/03/21	2024/02/12	BANCOLOMBIA	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
1	CC	52762693	PLATA NIETO SINDY PAOLA	25-14	30	$1,300,000	$208,000	EPS002	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$6,800	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$0	$0	$208,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

2024/03/01 09:45 AM

PSE Transacción Aprobada - CUS 450627378

serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>

Lun 12/02/2024 1:04 PM

Para:sp795@hotmail.com <sp795@hotmail.com>



¡Hola, SINDY PAOLA PLATA NIETO!

Gracias por utilizar los servicios de BANCOLOMBIA y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 450627378
Empresa: APORTES EN LINEA
Descripción: Pago de la Planilla de aportes con clave: 9462433450
Valor de la Transacción: $ 377.300
Fecha de Transacción: 12/02/2024

Ten en cuenta estos tips de seguridad

- Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estes siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.
- Utiliza dispositivos de uso personal o confiable para realizar tus pagos.
- Procura cambiar tus contraseñas bancarias frecuentemente.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14982407836

(415)7707212489984(8020) 000001498240783 6

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
5 2 7 6 2 6 9 3	2	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 7 6 2 6 9 3	2 0 0 2 0 9 0 9

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PLATA	NIETO	SINDY	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 81 C 5575 SUR TO 12 AP 100

42. Correo electrónico sp795@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 8 6 1	3 1 5 2 3 1 4 0 3 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 8 0 4 0 3						2 2 2 9	

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
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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:	61. Fecha
		X	0	2024 - 02 - 15 / 23 : 34: 53

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 PLATA NIETO SINDY PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-02-2024 11:35:55PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARÍN
CEDULA: 53.077.991
CUENTA BANCARIA: 092319896 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($3.359.800) TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: NUTRICIONISTA - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 200 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.359.800) TRES MILLONES TRESCIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARÍN
C.C : 53.077.991
Correo: andreaco85@gmail.com
Dirección: KRA 71 B Bis 5 17
Teléfono:3214207614

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTO QUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN	calle 2 No 92 D-30 Torre 39 Apto101	4711217	andreco85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		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	
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74195186	$737.300	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	292.200	0		0		0	0	0	0	292.200	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	374.000	0	0	0	0	0	0		374.000	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	57.000				57.000	0	0	57.000			570	57.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	14.100	0	0	14.100	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	292.200	292.200
Pensión	1	374.000	374.000
Riesgos Laborales	1	57.000	57.000
CCF	1	14.100	14.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	737.300	737.300

COPIA CONTROLADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

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	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN	calle 2 No 92 D-30 Torre 39 Apto101	4711217	andreco85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS: 1 / UPC: 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2024-01	2024-01	I	12/02/2024	74195186	$737.300

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	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
CC	53077091	CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA	59	0			N																	230301	2.337.200	374.000	0	0	0	0	EPS008	2.337.200	292.200	14-11	2.337.200	3	57.000	CCF24	2.337.200	14.100	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco Caja Social
Su banco amigo.

Últin

Cuentamiga / JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN

*******4232

SALDO DISPONIBLE

$17.422,45

SALDO BOLSILLO

$0,00

TARJETA DÉBITO ASOCIADA

**********5437

SALDO EN CANJE

$0,00

SALDO TOTAL

$17.422,45

Débito automático ahorro bolsillo

PERIODICIDAD DEL AHORRO

Mensual

VALOR DEL AHORRO PROGRAMADO

$500.000,00

DÍA(S) DE AHORRO AL BOLSILLO

05

ÚLTIMOS MOVIMIENTOS GRÁFICA CHEQUES DEVUELTOS

Exportar movimientos

Ingrese una palabra clave del campo descripción

12 febrero 2024

$600.000,00

Valor máximo (opcional)

ⓘ El valor ingresado le mostrará información tanto de depósitos/pagos como de retiros/usos

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14905277790

(415)7707212489984(8020) 000001490527779 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 3 0 7 7 0 9 1	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	53077091	2 0 0 3 1 1 1 4

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CONTRERAS	MARIN	JOHANNA	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 2 CR 93 D 30 TO 39 AP 101

42. Correo electrónico: andreco85@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 0 1 7 3 5 6 4 6 3	3 2 1 4 2 0 7 6 1 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 1 2 0 7 2 7						

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
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 01 - 16 / 19 : 43: 32

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 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 16-01-2024 07:44:30PM

COPIA CERTIFICADO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON016

NOMBRE: ANGIE TATIANA MUÑOZ
CEDULA: 1.020.786.376
CUENTA BANCARIA: 026276766**BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: ANGIE TATIANA MUÑOZ
C.C: 1.020.786.376
Correo: Angy.t@hotmail.com
Dirección: Kra 80 D # 7 B 83
Teléfono:3219932474

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia X	A. Contributivo X	A. Cotizante X B. Cabeza de familia C. Beneficiario	
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	
	B. Colectiva C. Institucional D. De oficio			

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Muñoz	[illegible]	[illegible]	[illegible]

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A
CC	1.020.396.376	X		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	[illegible]

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
[illegible]	Carrera 88d # 73-83	[illegible]	[illegible]

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana X Rural	Localidad / Comuna	Departamento
[illegible]	Bogotá		Kennedy	Bogotá

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
L								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	Municipio / Distrito	32. Datos de residencia: Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS X
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como

ERSIÓN 8

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14563346592

(415)7707212489984(8020) 000001456334659 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 0 7 8 6 3 7 6	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 2 0 7 8 6 3 7 6	2 0 1 1 1 0 3 1

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MUÑOZ	CARDENAS	ANGIE	TATIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
OMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 1 BIS ESTE 162 A 42

42. Correo electrónico angy.t@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	6 7 0 3 8 3 7	3 1 4 2 7 9 1 0 6 4

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 4 0 4 0 7						

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
4	9																								

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20

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

Fecha generación documento PDF: 20-02-2024 08:59:29PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON014

NOMBRE: CLAUDIA PATRICIA RAQUEL BUITRAGO CARO
CEDULA: 1.020.786.376
CUENTA BANCARIA: 075611343 BANCO: **BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.839.600

Atentamente,

Claudia Patricia Buitrago

NOMBRE: CLAUDIA PATRICIA RAQUEL BUITRAGO CARO
C.C: 1.020.786.376
Correo: Angy.t@hotmail.com
Dirección: Kra 80 D # 7 B 83
Teléfono:3219932474

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

182050917

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación / B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia / - Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio	A. Contributivo / B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario	A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 03

A. AFILIACIÓN

I. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC PA SC		Femenino / Masculino	D D M M A A A A

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M / Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		$ 1.300.000

18. Residencia: Dirección	Teléfono Fijo

Teléfono Celular	Correo Electrónico

Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Localidad / Comuna	Departamento
			Bogotá

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD / RC CC PA SC		Femenino / Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1		Femenino / Masculino	D D M M A A A A	
B2		Femenino / Masculino	D D M M A A A A	
B3		Femenino / Masculino	D D M M A A A A	
B4		Femenino / Masculino	D D M M A A A A	
B5		Femenino / Masculino	D D M M A A A A	

30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo	Condición	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1	F N M	T P		Urbana Rural			
B2	F N M	T P		Urbana Rural			
B3	F N M	T P		Urbana Rural			
B4	F N M	T P		Urbana Rural			
B5	F N M	T P		Urbana Rural			

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación NIT TI CE CC PA CD	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación Dirección	Teléfono Fijo

Correo Electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad CN TI CE CD RC CC PA SC	Número del documento de identidad	Sexo Femenino Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
				DIA 12 MES 24 AÑO

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [ ] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [x] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [x] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [ ] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: CN RC TI CC PA CE CD SC — Cantidad: ____ TOTAL: ____
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación	69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

EPS Sanitas

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983318240

(415)7707212489984(8020) 000001498331824 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
5 3 0 9 3 3 7 3	3	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 3 0 9 3 3 7 3	2 0 0 3 0 6 1 7

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BUITRAGO	CARO	CLAUDIA	PATRICIA RAQUEL

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

Dirección principal
CR 98 A 15 A 70 TO 11 AP 501

42. Correo electrónico patty.pb45@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 9 4 1	3 1 1 4 8 1 9 4 7 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 5 9	2 0 1 1 0 2 0 1							

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
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 12 : 00: 45

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 BUITRAGO CARO CLAUDIA PATRICIA RAQUEL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-02-2024 12:02:31PM

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON017

NOMBRE: KARENTH JEANNETH JUNCO
CEDULA: 52.932713
CUENTA BANCARIA: 275469005 BANCO: **BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Karenth Junco

NOMBRE: KARENTH JEANNETH JUNCO
C.C: : 52.932713
Correo: Karenth.12junco@gmail.com
Dirección: Cll 73 # 89 A 23
Teléfono3228486614

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento

0007558

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante	B. Cabeza de familia	C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia	B. Colectiva	A. Contributivo				
B. Reporte de Novedades	• Beneficiario o afiliado adicional	C. Institucional	B. Subsidiado	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente	B. Independiente	C. Pensionado	
		D. De oficio					

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBEN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Localidad / Comuna	Departamento

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012

ON 8

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983354823

(415)7707212499984(8020) 000001498335482 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 3 2 7 1 3	1	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 9 3 2 7 1 3	2 0 0 1 0 3 1 3

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
JUNCO		KARENTH	JEANNETH

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 73 89 A 23

42. Correo electrónico: karenth.12junco@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 2 8 4 8 6 6 1 4	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 1 4 0 2 0 1	8 5 1 1	2 0 1 4 0 2 0 1				

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
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 13 : 28: 27

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 JUNCO KARENTH JEANNETH

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON013

NOMBRE: MAYERLY ANDREA SUAREZ GOMEZ
CEDULA: 1.030.555.808
CUENTA BANCARIA: 212113476 BANCO: **BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Mayerly Gomez Suárez
NOMBRE: MAYERLY ANDREA SUAREZ GOMEZ
C.C: 1.030.555.808
Correo: mayesita23@hotmail.com
Dirección: Cll 55 80 B 29 Sur
Teléfono: 3204669506

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES
AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRAMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado: A. Cotizante	B. Cabeza de familia	C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia	B. Colectiva	A. Contributivo				
B. Reporte de Novedades: X		C. Institucional	B. Subsidiado	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente	B. Independiente: 2	C. Pensionado	sd
	• Beneficiario o afiliado adicional	D. De oficio					

A. AFILIACIÓN **II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)**

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Gomez	Suarez	Mayerly	Andrea

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo: Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento
CC	1030555808	X		D 2 M 4 A 1 9 9 4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M / Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				SURA	Proteccion

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
2'211.600	Cll 55 # 80B 29 SUR	7754063	3204669506

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona: Urbana X	Rural	Localidad / Comuna	Departamento
mayerita33@hotmail.co	cundinamarca			Kennedy	Bogota

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1	Acero	Gomez	Adan	Emiliano	RC	1141363029		X
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F N M	Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	1 2 1 2 2 0 1 3	11				cundinamarca	X		Bogota	3204669506	
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col. B		1015
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de Identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad
1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS: X
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. X
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. X
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. X
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. X
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 X
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. X

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
Mayerly Gomez	1030555808

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de

FOR-VTA-001 VERSIÓN 8

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982368591

(415)7707212489984(8020) 000001498236859 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
1 0 3 0 5 5 5 8 0 8	6	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 0 5 5 5 8 0 8	2 0 0 7 0 5 0 3

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C.	1 1	Bogotá, D.C.	0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GOMEZ	SUAREZ	MAYERLY	ANDREA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sig...

UBICACIÓN

38. País		39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C.	1 1	Bogotá, D.C.	0 0 1

41. Dirección principal: CL 54 F 78 A 48 SUR BRR ACIP

42. Correo electrónico: mayesita23@hotmail.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	4 5 0 4 0 4 0	3 2 0 4 6 6 9 5 0 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica						Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 2	2 0 0 9 0 1 1 3						0

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
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros										Exportadores				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 10 : 43: 56

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 GOMEZ SUAREZ MAYERLY ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN COSTO
PROHIBIDO SU VENTA

Fecha generación documento PDF: 20-02-2024 10:45:17AM

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF TRIUNFADORAS -CON005

NOMBRE: NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA
CEDULA: 51.814.455
CUENTA BANCARIA: 274265172 BANCO: **BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico - DIMF Kennedy Gestando Futuro Triunfadoras del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:
Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Nohora Rosalba Rojas Medina
NOMBRE: NOHORA ROSALBA ROJAS MEDINA
C.C: 51.814.455
Correo: nohorarosalbarojasmedina@hotmail.com
Dirección: Cra 81 G # 14 B 18 - Teléfono: 3204878184

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento

FORMULARIO UNICO DE AFILIACION Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	01 03 2024

177563739

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia; - Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio	A. Contributivo ✓ B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente ✓ C. Pensionado	(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del Cotizante / Cabeza de Familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Robas	Medina	Nohora	Rosalba

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC	51914455	Femenino ✗ Masculino	19 03 1971

DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M; Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		1'700.000

18. Residencia – Dirección	Teléfono Fijo
Kra 51 6A 14 B 18	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3204972184	nohoraroasalbaroja3medina@hotmail.com

Municipio / Distrito	Zona (Urbana / Rural)	Localidad / Comuna	Departamento
Bogota			

DATOS DEL CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE COTIZANTE

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
B4			Femenino Masculino		
B5			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad (Tipo F N M; Condición T P)	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona (Urbana Rural)	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS
B1		F N M T P		Urbana Rural			
B2		F N M T P		Urbana Rural			
B3		F N M T P		Urbana Rural			
B4		F N M T P		Urbana Rural			
B5		F N M T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS | Código de la IPS (a registrar por la EPS)

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982396993

(415)7707212489984(8020) 000001498239699 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	14. Buzón electrónico
5 1 8 1 4 4 5 5	7	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	51814455	1 9 8 4 0 6 1 5

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROJAS	MEDINA	NOHORA	ROSALBA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CR 81 F 14 A 55 BRR VERGEL

42. Correo electrónico: nohorarosalbarojasmedina@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 4 8 7 8 1 8 4	3 0 0 8 5 6 2 2 6 5

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
2 2 2 9	2 0 2 4 0 2 0 2	8 5 2 3	2 0 2 4 0 2 0 8					

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
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 15 / 22 : 43: 38

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 ROJAS MEDINA NOHORA ROSALBA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-02-2024 10:46:09PM

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON015

NOMBRE: NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
CEDULA: 1.233.489.641
CUENTA BANCARIA: 060375284 BANCO: **BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
C.C: : 1.233.489.641
Correo: barrerovasqueznicolalejandra@gmail.com
Dirección: Cll 2 # 89 D 37
Teléfono: 3135381440

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE *(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)*

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	B. Colectiva [ ]	A. Contributivo [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	C. Institucional [ ]	B. Subsidiado [ ]	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	
		D. De oficio [ ]			

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1233489641	Femenino [X] Masculino [ ]	D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [ ] [ ] Condición [ ] [ ]			Sura	

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia				
	Calle 2 # 89 Dirección		Teléfono fijo	Teléfono celular	
Correo electrónico	Bogotá Municipio / Distrito	Zona Urbana [X] Rural [ ]	Localidad	Ciudad Departamento	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B	[redacted]	Barrero	Victoria	Isabella	RC	1233 [illegible]	X	
B	[redacted]	Barrero	David	Nicolás	RC	1077 [illegible]		X
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo			Condición		32. Datos de residencia				33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	D D M M A A A A			F	N	M	T	P	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular
B1	03 07 1997	hija							Bogotá	X		Cundinamarca	
B2	14 03 2013	hijo							Bogotá	X		Cundinamarca	
B3													
B4													
B5													

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación				
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [X] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 [ ]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto [ ]

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 02 Actualización

4. Número de formulario 14982380929

(415)7707212489984(8020) 000001498238092 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 2 3 3 4 8 9 6 4 1	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1233489641	2015/08/04

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BARRERO	VASQUEZ	NICOL	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 2 89 D 37

42. Correo electrónico: barrerovasqueznicolalejandra@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 8	3 1 3 5 3 8 1 4 4 0	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 1	2016/01/08	1 0 8 1	2019/01/01					

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
4 9																									

53. Código: 49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 15 / 19 : 48: 45

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 BARRERO VASQUEZ NICOL ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 15-02-2024 07:49:46PM

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON012

NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES GUTIERREZ
CEDULA: 52.847.653
CUENTA BANCARIA: 212220032 BANCO: **BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Apoyo pedagógico - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVEZ GUTIERREZ
C.C: : 52.847.653
Correo: soonerchaves@hotmail.com
Dirección: Cra 79 F # 46 16 sur
Teléfono: 3208053272

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 01/03/2024, el empleador CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 52847653 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
6867038	01/03/2024	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52847653	SOONERSUSANA CHAVES RODRIGUEZ	1300000	CONSULTOR EDUCATIVO	2024-03-01

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 1 días del mes de Marzo del año 2024.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982380413

(415)7707212489984(8020) 000001498238041 3

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 4 7 6 5 3	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 8 4 7 6 5 3	1 9 9 8 0 4 1 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CHAVES	RODRIGUEZ	SOONER	SUSANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 79 F 46 16 SUR BLOQUE 3 AP 110

42. Correo electrónico soonerchaves@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 0 8 0 5 3 2 7 2	3 1 2 5 6 6 3 5 2 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 1	2 0 1 6 0 2 1 8							

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
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros																				Exportadores						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 15 / 19 : 21: 30

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 CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-02-2024 07:22:17PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF KENNEDY-CON002

NOMBRE: ANGIE DANIELA QUIÑONES HERNANDEZ
CEDULA: 1.001.340.480
CUENTA BANCARIA: 046326971 BANCO: **BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Auxiliar administrativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del Contrato N. 11006052024. Con 300 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.211.631) DOS MILLONES DOSCIENTOS ONCE MIL SEISCIENTOS TREINTA Y UN MIL PESOS M/CTE Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:
Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C 52.278.676

Aprobado por:
Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: ANGIE DANIELA QUIÑONES HERNANDEZ
C.C: 1.001.340.480
Correo: angiequinones223@gmail.com
Dirección: Cra 103 # 75-55 sur
Teléfono: 3213603281

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento

Resultados del registro de novedades de reingreso

EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A.

Número de Solicitud 6l_2975260

Por favor imprima este comprobante como constancia de la novedad reportada.

Cotizante por adición

Afiliado	CC 1001340480 ANGIE DANIELA QUIÑONES HERNANDEZ
Tipo de cotizante	3 Independiente
Salario Base	$ 1,300,000
Fecha de ingreso	02/03/2024
Fecha de radicación	02/03/2024 09:57:12 a.m.
Código de Transacción	174495784
Resultado delCotizante por adición	
Novedad aplicada con éxito	El período de inicio de pago es 03/2024

Fecha de generación 02/03/2024

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982383195

(415)7707212489984(8020) 000001498238319 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 0 1 3 4 0 4 8 0	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 1 3 4 0 4 8 0	2 0 1 8 0 9 0 5

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
QUIÑONES	HERNANDEZ	ANGIE	DANIELA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 103 # 75 - 55 AGP Viyas de viscaya

42. Correo electrónico angiequinones223@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 3 6 0 3 2 8 1	3 1 0 4 8 5 3 4 8 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	
0 0 1 0	2 0 2 3 0 5 0 8					

Ocupación

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
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2024-02-15 19:54:34

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 QUIÑONES HERNANDEZ ANGIE DANIELA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF PERIODISTAS-CON001

NOMBRE: YOLIMA GUZMAN FAJARDO
CEDULA: 40.443.431
CUENTA BANCARIA: 542308754 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($3.571.200) TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Coordinadora - DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 300 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($3.571.200) TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL DOSCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Eliana Andrea Moreno Vargas
Coordinadora
C.C 52.357.450

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: YOLIMA GUZMAN FAJARDO
C.C. 40.443.431
Correo: emeilcerojasts@gmail.com
Dirección: TV 68 G # 36-43 Sur
Teléfono: 212323807

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

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	40443431	YOLIMA GUZMAN FAJARDO	transversal 68g# 36-43 sur	5332310	yoliguzmanfaja35@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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	
2024-03	2024-03	I		75217044	$414.700	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.600	0		0		0	0	0	0	178.600	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
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	228.600	0	0	0	0	0	0		228.600	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	178.600	178.600
Pensión	1	228.600	228.600
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	414.700	414.700

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTO[illegible]QUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	40443431	YOLIMA GUZMAN FAJARDO	transversal 68g# 36-43 sur	5332310	yoliguzmanfaja35@outlook.es	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ. D.C.		SI

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	
2024-03	2024-03	I		75217044	$414.700	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	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
CC	40443431	GUZMAN FAJARDO YOLIMA	57	0			N	X																230201	1.428.480	228.600	0	0	0	0	EPS008	1.428.480	178.600	14-11	1.428.480	1	7.500		0	0	0	0	0	0	0	0

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983485281

(415)7707212489984(8020) 000001498348528 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
4 0 4 4 3 4 3 1	8	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	4 0 4 4 3 4 3 1	1 9 9 5 1 1 0 2

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Meta 5 0	Villavicencio 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GUZMAN	FAJARDO	YOLIMA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

Dirección principal
. V 68 G 36 43 SUR

42. Correo electrónico yoliguzmanfaja35@outlook.es

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 2 1 2 3 2 3 8 0 7	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
0 0 1 0	2 0 1 7 0 1 0 2						

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																							

53. Código
05- Impto. renta y compl. régimen ordinar
49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 21 : 23: 26

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 GUZMAN FAJARDO YOLIMA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-02-2024 09:24:44PM

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF PERIODISTAS -CON011

NOMBRE: ANGELA LILIANA CARO PULIDO
CEDULA: 52.750.469
CUENTA BANCARIA: 060375193 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: ANGELA LILIANA CARO PULIDO
C.C. 52.750.469
Correo: angelkarito3350@gmail.com
Dirección: Cra 78 F # 0-33
Teléfono: 3183940086

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación	Fecha de Radicación
	D D M M A A A A 2024

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación		3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X]	B. Colectiva [ ]	A. Contributivo [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	59
B. Reporte de Novedades [X]	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	B. Subsidiado [ ]			

A. AFILIACIÓN **II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)**

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Caro	Polido	Angela	Juliana

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo: Femenino	Masculino	10. Fecha de nacimiento
CC	52750469	X		D D M M A A A A

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo F N M Condición T P	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
			1	Sura	Colfondos

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia: Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular
1'300.000	Kra 72 F 0 - 33		3183971026

Correo electrónico	Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Localidad / Comuna	Departamento
angelkarina3350@gmail.com	Bogota	X		Kennedy	Bogota

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo: Femenino	Masculino	23. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento D D M M A A A A	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo F N M	Condición T P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Cot.		
B	1016	1016
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación [ ]
2. Corrección datos básicos de identificación [ ]
3. Actualización documento de identidad [ ]
4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ]
5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ]
6. Reinscripción en la EPS [ ]
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ]
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X]
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ]
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ]
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ]
14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ]
15. Reporte por fallecimiento [ ]
16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ]
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ]
18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento D D M M A A A A	42. Fecha D D M M A A A A

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [X]

B

01 MAR 2024

Cod 625 Patricia María Manotas Rodriguez
SUJETO A VERIFICACIÓN

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o emisor de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

VERSIÓN 8

FOR-VTA-001

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983097390

(415)7707212489984(8020) 000001498309739 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 5 0 4 6 9	7	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52750469	2 0 0 2 1 0 1 6

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARO	PULIDO	ANGELA	LILIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

Dirección principal
CR 78 F 0 33

42. Correo electrónico ANGELKARITO3350@GMAIL.COM

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 8 1 1	3 1 8 3 9 4 0 0 8 6	3 1 7 7 7 5 1 5 9 7

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 6 0	2 0 2 2 0 3 1 0	8 2 9 9	2 0 1 5 0 5 2 9				

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
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

Exportadores					
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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 12 : 33: 22

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 CARO PULIDO ANGELA LILIANA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-02-2024 12:35:42PM

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: FEBRERO** **Día: 29** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF PERIODISTAS -

NOMBRE: GREYSALEJANDRA AMAYA LOPEZ
CEDULA: 52.972.572
CUENTA BANCARIA: 075611608 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Alejandro Amaya López

NOMBRE: GREYSALEJANDRA AMAYA LOPEZ
C.C. 52.972.572
Correo: alesmsys6154@gmail.com
Dirección: Cra 80 B # 6-25
Teléfono: 3154107140

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2024-03-26, 04:11:57 AM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1061932555

Periodo Cotización: marzo de 2024 **Periodo Servicio:** marzo de 2024 **Referencia pago (PIN):** 8869649060

PAGADO 22/03/2024 EN HORARIO EXTENDIDO

DATOS DEL APORTANTE

azón Social	GREYS ALEJANDRA AMAYA LOPEZ		
ocumento	CC52979572	**Dirección**	CR 80B #6 - 25 APT427 T7 TECHOII
po de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3154107140
po Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
udad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
epresentante Legal		**Identificación**	
otal Afiliados	1	**ARP**	ARL SURA

DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																				Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales					Total
ntificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días 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
2979572	GREYS ALEJANDRA AMAYA LOPEZ	59	00																		0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	$ 1.303.440	$ 208.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 1.303.440	$ 163.000	0,522	$ 1.303.440	$ 6.900	(NN-CC) NINGUNA CCF	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 378.500

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
$ 1.303.440	$ 1.303.440	$ 1.303.440	$ 0	$ 208.600	$ 163.000	$ 6.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 378.500	$ 0	$ 378.500

Lineas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14892348378

(415)7707212489984(8020) 000001459234837 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 7 9 5 7 2	2	Impuestos de Bogotá	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52979572	2 0 0 2 0 7 0 2

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
AMAYA	LOPEZ	GREYS	ALEJANDRA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla
LA TIERRA DE NUNCA JAMAS	

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 80 B 6 25 AP 427 TO 7

Correo electrónico aleamaya6754@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 5 4 1 0 7 1 4 0	6 0 1 4 1 2 2 9 1 6

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 2	2 0 0 9 1 0 0 8						1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 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

Usuarios aduaneros	Exportadores				
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
Código 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20			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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 01 - 30 / 17 : 22: 24

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 AMAYA LOPEZ GREYS ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 02-04-2024 02:14:06PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C **Mes: FEBRERO** **Día: 29** **Año: 2024**

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF PERIODISTAS -CON009

NOMBRE: NATALY CARDENAS COFLES
CEDULA: 1.023.920.824
CUENTA BANCARIA: 24125976033 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI __ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: NATALY CARDENAS COFLES
C.C. 1.023.920.824
Correo: nataly08cofles@gmail.com
Dirección: Cra 80 # 72 A 15
Teléfono: 3133913449

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación:

Fecha de Radicación: 01 03 2024

182050544

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación X B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X - Beneficiario o Afiliado adicional B. Colectiva C. Institucional D. De Oficio	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 3

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Cardenas	Segundo Apellido: Cortes	Primer Nombre: Natali	Segundo Nombre:

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC	1023920824	Femenino X Masculino	09 11 1992

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
		$1'300.000

18. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
Cra 80 # 72A15	4486818

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3133913449	Natali9dcortes@gmail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogotá D.C.	Urbana X Rural	Engativa	Cundinamarca.

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B2			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B3			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B4			Femenino Masculino	D D M M A A A A	
B5			Femenino Masculino	D D M M A A A A	

	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo (F N M)	Condición (T P)	32. Datos de Residencia Municipio/Distrito	Zona (Urbana Rural)	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M	T P		Urbana Rural			
B2		F N M	T P		Urbana Rural			
B3		F N M	T P		Urbana Rural			
B4		F N M	T P		Urbana Rural			
B5		F N M	T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C	Calle 80	2-7404
B		
B		
B		

KDVATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de Identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de Identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS.
  Código [ ]
- [ ] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [x] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de Identificación

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
CODAZZI			

Tipo de documento de identidad (CN, TI, CE, CD, RC, CC, PA, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
				28 03 2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [x] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
NATALY CARDENAS BOTELLO	

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad [ ] (CN, RC, TI, CC [x], PA, CE, CD, SC) TOTAL 1

- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial: Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBEN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones:

EPS Sanitas S.A.S.
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS
01 MAR 2024

Recuerde que con la firma del formulario el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
		710.000037

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982406877

(415)7707212489984(8020) 000001498240687 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 2 3 9 2 0 8 2 4	4	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1023920824	2 0 1 0 1 1 2 3

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CARDENAS	COFLES	NATALY	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 80 72 A 15 BRR TABORA

42. Correo electrónico nataly08cofles@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 1 0 7 1	3 1 3 3 9 1 3 4 4 9	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 2	2 0 2 0 0 1 2 1							1

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
53. Código 4 9																									

49 - No responsable de IVA

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

Exportadores					
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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 15 / 23 : 42: 19

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 CARDENAS COFLES NATALY

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 15-02-2024 11:43:55PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF PERIODISTAS -010

NOMBRE: LUZ NIDIA PEREZ VELASQUEZ
CEDULA: 52.463.180
CUENTA BANCARIA: 025402785 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO_X__** a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: LUZ NIDIA PEREZ VELASQUEZ
C.C. 52.463.180
Correo: nidia.perezvelasquez@gmail.com
Dirección: TV 78 B # 46-26 Sur

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

compensar | salud eps

No. de Radicación

Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia ✓	A. Contributivo ✓	A. Cotizante ✓ B. Cabeza de familia C. Beneficiario	
B. Reporte de Novedades ✓	• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado ✓	59
	B. Colectiva C. Institucional D. De oficio			

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Perez	Velasquez	Nidia	

7. Tipo de documento de identidad	8. Número de documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	52.463.180	Femenino F Masculino	D 2 M 1 A 9 7 6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
				Sura	Porvenir

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia					
1000000	Dirección: Tranv 78 b 46-26		Teléfono fijo	Teléfono celular: 3124248441		
Correo electrónico: nidia.perezvelasquez@hotmail.com	Municipio / Distrito: cundinamarca	Zona: Urbana ✓ Rural	Localidad / Comuna: Engativa	Departamento: Bogota		

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Cruz	Perez	Nicolas David	

20. Tipo de documento de identidad	21. Número de documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CC	1010014021	Femenino Masculino X	D 2 M 1 A 0 3

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales.

	24. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo: Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo (F N M)	Condición (T P)	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
Col.		
B		1016
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación

37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación: Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación datos básicos de identificación
2. Corrección datos básicos de identificación
3. Actualización documento de identidad
4. Actualización y corrección de datos complementarios
5. Terminación de la inscripción en la EPS — Código
6. Reinscripción en la EPS ✓
7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Movilidad: A. Régimen Contributivo B. Régimen Subsidiado
14. Traslado: A. Mismo Régimen B. Diferente Régimen
15. Reporte por fallecimiento
16. Reporte del trámite de protección al cesante
17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado
18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)

EPS anterior	44. Motivo de traslado — Código	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. ✓
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. ✓
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 ✓
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. ✓

VERSION 8

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva Institucional o de Oficio
Nidia Perez	52.163180

FOR-VTA-001

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN Cant. RC Cant. TI Cant. CC Cant. PA Cant. CE Cant. CD Cant. SC Cant. Total
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983488641

(415)7707212489984(8020) 000001498348864 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 4 6 3 1 8 0	3	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52463180	1 9 9 6 1 1 2 6

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
PEREZ	VELASQUEZ	LUZ	NIDIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
TV 78 B 46 26 BRR TIMIZA

42. Correo electrónico nidia.perezvelasquez@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 2 4 2 4 8 4 4 1	

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 2	2 0 1 8 0 1 1 1						

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
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 18 : 33: 17

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 PEREZ VELASQUEZ LUZ NIDIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-02-2024 06:40:31PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF PERIODISTAS -CON008

NOMBRE: SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
CEDULA: 52.769.729
CUENTA BANCARIA: 060374907 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.519.800) DOS MILLONES QUINIENTOS DIECINUEVE MIL OCHOCIENTOS PESOS M/CTE. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Shirley Paola Vanegas Prado

NOMBRE: SHIRLEY PAOLA VANEGAS PRADA
C.C 52.769.729
Correo: paolavp2008@gmail.com
Dirección: Cll40 sur # 72 D 50
Teléfono: 3118647601

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

No. de Radicación

Fecha de Radicación

182050569

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen
A. Afiliación ✓ B. Reporte de Novedades	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia X B. Colectiva D. De Oficio - Beneficiario o Afiliado adicional C. Institucional	A. Contributivo X B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado	5. Tipo de Cotizante	Código
A. Cotizante X B. Cabeza de Familia C. Beneficiario	A. Dependiente B. Independiente X C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 03

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Vanegas	Prado	Shirley	Paola

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC	52769729	Femenino X Masculino	01 06 1971

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia	12. Discapacidad (Tipo F N M Condición T P)	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	16. Administradora de Pensiones	17. Ingreso base de cotización - IBC
	Colpensiones	1.300.000

18. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo
Calle 40 sur No 72D-50	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3118647604	paolaup2007@ymail.com

Municipio / Distrito	Zona	Localidad / Comuna	Departamento
Bogota	Urbana X Rural	Kennedy	Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
CN TI CE CD RC CC PA SC		Femenino Masculino	

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

Datos Complementarios

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco
B1			Femenino Masculino		
B2			Femenino Masculino		
B3			Femenino Masculino		
			Femenino Masculino		
			Femenino Masculino		

	30. Etnia	31. Discapacidad (Tipo F N M / Condición T P)	32. Datos de Residencia: Municipio/Distrito	Zona	Departamento	Teléfono Fijo y/o Celular	33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)
B1		F N M / T P		Urbana Rural			
B2		F N M / T P		Urbana Rural			
B3		F N M / T P		Urbana Rural			
B4		F N M / T P		Urbana Rural			
B5		F N M / T P		Urbana Rural			

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		

KPDATA

- Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2 Copia: AFILIADO -

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo documento de identificación (NIT, TI, CE, CC, PA, CD)	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

39. Ubicación
Dirección | Teléfono Fijo

Correo Electrónico | Municipio / Distrito | Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identidad.
- [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ]
- [x] 6. Reinscripción en la EPS.
- [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando
- [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- [ ] 13. Movilidad: [ ] A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado
- [ ] 14. Traslado: [ ] A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen
- [ ] 15. Reporte de fallecimiento.
- [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante
- [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
- [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad (CN, RC, TI, CC, CE, PA, CD, SC)	Número del documento de identidad	Sexo (Femenino, Masculino)	Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)	42. Fecha (D D M M A A A A)
				01 03 2024

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado (Código)	45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- [ ] 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- [x] 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- [ ] 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- [ ] 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [ ] Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- [x] 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- [x] 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- [x] 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio
Pablo Vanegas Pinda	

IX. ANEXOS

- [ ] 56. Anexo copia del documento de identidad: Cantidad [ ] (CN, RC, TI, CC, PA, CE, CD, SC) TOTAL
- [ ] 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- [ ] 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- [ ] 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- [ ] 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- [ ] 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- [ ] 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- [ ] 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.
- [ ] 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- [ ] 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

Código del Municipio	Código del Departamento	67. Datos del SISBÉN: Número de ficha	Puntaje	Nivel	68. Fecha de Radicación (D D M M A A A A)	69. Fecha de Validación (D D M M A A A A)

70. Datos del funcionario que realiza la validación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento	Número de documento de identidad	71. Firma del Funcionario

Observaciones: Independiente

EPS Sanitas
OFICINA ZONA IN
RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS

Recuerdo que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	01 MAR 2024 RECIBIDO POR:	710000033

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983413679

(415)7707212489984(8020) 000001498341367 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 7 6 9 7 2 9	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 7 6 9 7 2 9	1 9 9 8 0 8 1 0

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
VANEGAS	PRADA	SHIRLEY	PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CL 40 SUR 72 D 50

42. Correo electrónico paolavp2008@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 1 8 6 4 7 6 0 1	6 0 1 7 1 3 2 7 7 0

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 5 1 1	2 0 2 3 0 2 0 1						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

54. Código

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 15 : 33: 24

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 VANEGAS PRADA SHIRLEY PAOLA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-02-2024 03:33:37PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 29 Año: 2024

CUENTA DE COBRO No. 01

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
No. APC2024-DIMF PERIODISTAS -CON007

NOMBRE: ANA JAZMIN BECERRA GALLO
CEDULA: 52.931.661
CUENTA BANCARIA: 212220040 **BANCO: BOGOTA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($2.252.250) DOS MILLONES DOSCIENTOS CONCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA **PESOS** M/CTE.
PERIODO: Fase Atención febrero 2024

CONCEPTO: Agente educativo - DIMF Kennedy Gestando Futuro Periodistas del Contrato N. 11006052024. Con 50 cupos

El Contratista ha desarrollado las obligaciones objeto del CONTRATO con total independencia y autonomía, frente a la Asociación Profesionales de Colombia, razón por la cual no constituye vínculo laboral alguno, ni da lugar a ninguna clase de Prestaciones Sociales de conformidad con lo establecido por la Normatividad Vigente.

Deseo vincularme al Fondo de Empleados SI _ _ **NO**_X__ a partir de la fecha Día Mes Año en constancia:
Firmo _____

Autorizo me sea descontada la suma de:

APORTES FONDO	0
PRESTAMOS	0
OTROS DESCUENTOS (intereses):	0
TOTAL, DESCUENTOS	**0**

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($2.252.250) DOS MILLONES DOSCIENTOS CONCUENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS M/CTE.. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Yolima Guzmán Fajardo
Coordinadora
C.C 40.443.431

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Jazmin Becerra

NOMBRE: ANA JAZMIN BECERRA GALLO
C.C 52.931.661
Correo: Kc3264318@gmail.com
Dirección: Cra 77 L # 49-30 SUR
Teléfono: 3107584375

NOTA: Se debe anexar planilla de pago de los Aportes a Salud, Pensión y ARL, del mes vencido y productos del mes según certificación de cumplimiento.

Famisanar

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

01032024

BECERRA | GALLO | ANA | JAZMIN

1 | 6 | 0 | 8 | 1 | 9 | 8 | 2

1.300.000

Kra 77 c # 49-30

Colpensiones

3675643395

jaz-merita22@hotmail.com

Bogota

Cundinamarca

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

29 Nombre o razón social: ANA JAZMIN BECERRA GALLO | 30 Tipo de documento de identificación: CC | 31 N° de identificación: 52931661 | 32 Tipo de aportante a pensiones (lo reporta la EPS)

34 Dirección: Kra 77 c # 49-30 | 35 Teléfono: 3675643395 | 36 Correo electrónico: jaz-merita22@hotmail.com | 37 Ciudad: Bogota | 38 Departamento: Cundinamarca

B. REPORTE DE NOVEDADES

40 Tipo de Novedad

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41 Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad | Número del documento de identidad | Sexo | Fecha de nacimiento: 01 | 05 | 2024

42 EPS anterior | 44 Motivo de traslado: Código | 45 Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46 Declaración de convivencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales

47 Declaración de la no vinculación del afiliado al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción

48 Declaración de veracidad de relatos de hechos propios o casos fortuito que originan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiario

49 Declaración de no afiliación del cónyuge, unión marital de hecho, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud

50 Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales

51 Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados usuarios y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran

52 Autorización para que la EPS envíe información de correo electrónico o de celular para mensajes de texto

VIII. FIRMAS

JAZMIN BECERRA

IX. ANEXOS

54 Anexos (tipo del documento de identidad): Cantidad | Total

57 Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente

58 Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital

59 Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital

60 Copia del certificado de defunción o acta de entrega del menor

61 Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia

62 Copia del documento en que conste la cesión de la patria potestad o el certificado de declaración de los padres de hecho ante la autoridad competente

63 Copia de la autorización dada por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

64 Certificación de vinculación a una entidad autorizada para manejar afiliados a menores

65 Copia del acta administrativa o el pronunciamiento de las autoridades competentes en la que conste la custodia de hecho

II. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

65 Identificación de la Entidad Territorial: Código de departamento | Código de municipio | 67 Datos del SISBEN: Número de la ficha | Puntaje | Área | 68 Fecha de vinculación

Maribel Cardoso
3045677435

70 Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo de documento de identidad | Número de identificación | Observaciones: Independiente sin contrato a cuenta propia

71 Firma del funcionario: 5417

- ORIGINAL UNICA -

Powered by CamScanner

Famisanar

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrado a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en los términos previstos en su POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD, disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar, y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013)

"Datos sensibles: Se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013)

Firma del Afiliado:

Jazmin Becerra

Nombres y Apellidos:

Identificación: 52931661

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor(a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

_____

Firmante a Ruego:

_____

Nombres y Apellidos: _____

Identificación _____

Edad _____

Dirección de Domicilio _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

Powered by CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14983422335

(415)7707212489984(8020) 000001498342335 5

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 9 3 1 6 6 1	2	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52931661	2 0 0 0 1 1 2 9

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
BECERRA	GALLO	ANA	JAZMIN

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal
CR 77 M 48 B 20 SUR BRR SOCORRO

42. Correo electrónico jaz_misita27@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 0 7 5 8 4 3 7 5	3 1 3 3 6 6 5 6 3 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 0 8 0 1 2 8	8 5 6 0	2 0 0 8 0 1 2 8				

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

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

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 [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2024 - 02 - 20 / 15 : 46: 26

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 BECERRA GALLO ANA JAZMIN

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 20-02-2024 03:46:38PM