Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Gina Sughei Rodriguez Valero	FUNDACION SURCOS	ICBF	190.25.82.220	Octubre 24 de 2024 02:06 pm

Número de Transacción: APII4298328091706312

Editor de Lotes

Fecha: Octubre 24 de 2024 04:04 pm

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Ahorros *******2163
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	PP SPT TURNOS MCSG
Fecha de Aplicación:	Octubre 24 de 2024
Valor del Lote:	$100.000,00
Cantidad de Registros:	1

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero	Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia	Descripción	Causa de Error
1	Autorizado	MARIA CATALINA SUAREZ	CC 1032376305	Daviplata	Deposito Electrónico	3232143123	$100.000,00	--	TURNOS FORMADORA	PGO OCT24	--

Imprimir Cerrar

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Gina Sughei Rodriguez Valero	FUNDACION SURCOS	ICBF	190.25.82.220	Octubre 23 de 2024 11:25 am

Número de Transacción: APII4297328672645458

Editor de Lotes

Fecha: Octubre 23 de 2024 12:32 pm

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Ahorros *******2163
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	ONORARIOS COORDINADORA OCT24
Fecha de Aplicación:	Octubre 23 de 2024
Valor del Lote:	$7.034.862,00
Cantidad de Registros:	1

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero	Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia	Descripción	Causa de Error
1	Autorizado	GINA RODRIGUEZ	CC 52336110	Davivienda	Cuenta Ahorros	38563714	$7.034.862,00	--	COORDINADORA	PGO OCT24	--

Imprimir Cerrar

Bogotá, 23 de Octubre 2024

CUENTA DE COBRO No. 010-24

FUNDACION SURCOS
NIT. 900.096.152-8

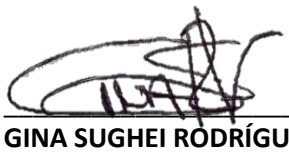
DEBE A:
GINA SUGHEI RODRÍGUEZ VALERO
C.C. 52.336.110

Por valor de $7,230.000.00

Por concepto de prestación de servicios como profesional desempeñándome como coordinadora de la modalidad internado, programa ICBF, en el período del 1 al 31 de octubre de 2024.

El desembolso correspondiente se puede realizar en la cuenta de ahorros No.38563714 del banco Davivienda.

Se prestan las constancias de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social correspondientes al mes de octubre 2024.



GINA SUGHEI RODRÍGUEZ VALERO
C.C. 52.336.110

.

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	52336110	GINA SUGHEI RODRIGUEZ VALERO	carrera 30 No 58-69	4651634	gisu1202@hotmail.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	
2024-10	2024-10	I	29/10/2024	81153517	$854.500	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	361.500	0		0		0	0	0	0	361.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	462.800	0	0	0	0	0	0		462.800	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	30.200				30.200	0	0	30.200			302	30.200	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	361.500	361.500
Pensión	1	462.800	462.800
Riesgos Laborales	1	30.200	30.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	854.500	854.500

PAGADA

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	52336110	GINA SUGHEI RODRIGUEZ VALERO		carrera 30 No 58-69	4651634	gisu1202@hotmail.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	
2024-10	2024-10	I	29/10/2024	81153517	$854.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52336110	RODRIGUEZ VALERO GINA SUGHEI	59	0			N																	25-14	2.892.000	462.800	0	0	0	0	EPS005	2.892.000	361.500	14-23	2.892.000	2	30.200		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Gina Sughei Rodriguez Valero	FUNDACION SURCOS	ICBF	190.25.82.220	Octubre 28 de 2024 10:46 am

Número de Transacción: APII4302324350604412

Editor de Lotes

Fecha: Octubre 28 de 2024 12:39 pm

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Ahorros *******2163
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	OPS Y NOM CTAS CAJA SOCIAL OCT24
Fecha de Aplicación:	Octubre 28 de 2024
Valor del Lote:	$10.909.301,00
Cantidad de Registros:	8

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero	Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia	Descripción	Causa de Error
1	Autorizado	DIANA PINZON	CC 1100953964	Banco Caja Social	Cuenta Ahorros	24080295437	$2.780.428,00	--	GESTORA DE CASO	OPS OCT24	--
2	Autorizado	YESSENIA MORENO	CC 1013680064	Banco Caja Social	Cuenta Ahorros	24122266333	$1.241.263,00	--	TRABAJO SOCIAL	OPS OCT24	--
3	Autorizado	MILEIDIS BORRERO	CC 1002183137	Banco Caja Social	Cuenta Ahorros	24139311868	$65.000,00	--	TURNO FORMADORA	OCT24	--
4	Autorizado	LEIDY ALEJANDRA RUIZ G	CC 1033687480	Banco Caja Social	Cuenta Ahorros	24109418326	$65.000,00	--	TURNO FORMADORA	OPS OCT24	--
5	Autorizado	FERNANDA CASTRO	CC 52197814	Banco Caja Social	Cuenta Ahorros	24078298217	$1.558.000,00	--	AUX. ADMINISTRATIVA	NOM OCT24	--
6	Autorizado	LEIDY ALEJANDRA RUIZ G	CC 1033687480	Banco Caja Social	Cuenta Ahorros	24109418326	$1.506.988,00	--	AUXLIAR ENFERMERIA	NOM OCT24	--
7	Autorizado	MILEIDIS BORRERO	CC 1002183137	Banco Caja Social	Cuenta Ahorros	24139311868	$1.508.000,00	--	SERV GENERALES	NOM OCT24	--
8	Autorizado	MAURICIO RODRIGUEZ	CC 80165353	Banco Caja Social	Cuenta Ahorros	24101525491	$2.184.622,00	--	ONTADOR	OPS OCT24	--

Imprimir Cerrar

Bogotá, 28 de octubre del 2024

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT 900.096.152-8

DEBE A:

La profesional en TRABAJADORA SOCIAL DIANA CAROLINA PINZÓN identificada en número de cedula de ciudadanía 1.100.953.964 de san gil Santander la suma de $2.800.000 (Dos millones ochocientos mil pesos) por concepto de prestación de servicios como Gestora De Casos de tiempo completo del periodo comprendido entre el 01 de octubre del 2024 al 31 de octubre del 2024. Dicho valor se podrá consignar en la siguiente cuenta del banco caja social 24088295437.

Anexo planillo de pago de seguridad social del mes de SEPTIEMBRE 2024 y Funciones con cumplimiento a la fecha del área de GESTORA SOCIAL DE CASO

Atentamente

DIANA CAROLINA PINZÓN
GESTORA SOCIAL DE CASO
CC 1100953964
Celular: 3246025757

Rte 1CA-3 19512
P20-32780478

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1100953964		PINZON PINZON DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69 # 64A - 13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7585608	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000000860	9474843383	I	2024/10/16	2024/10/21	BANCO DE BOGOTA	5	$441,100

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,200	$900	$0	$228,100
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,200	$900	$0	$228,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,600	$200	$0	$34,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$34,600	$200	$0	$34,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$177,500	$700	$0	$178,200
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$177,500	$700	$0	$178,200
TOTAL				1	$439,300	$1,800	$0	$441,100

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Planilla

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1100953964		PINZON PINZON DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CR 69 # 64A - 13	BOGOTA-BOGOTA D.E.	7585608	SI

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000000860	9474843383	I	2024/10/16	2024/10/21	BANCO DE BOGOTA	5	$441,100

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,420,000	$227,200			$1,420,000	$177,500			$0	$0			$1,420,000	$34,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,420,000	$227,200			$1,420,000	$177,500			$0	$0			$1,420,000	$34,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,420,000	$227,200			$1,420,000	$177,500			$0	$0			$1,420,000	$34,600		$0	$0
1	CC 1100953964	PINZON DIANA	25-14	30	$1,420,000	$227,200	EPS005	30	$1,420,000	$177,500		0	$0	$0	14-23	30	$1,420,000	$34,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**				$1,420,000	$227,200			$1,420,000	$177,500			$0	$0			$1,420,000	$34,600		$0	$0

PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA

Bogotá, 25 de octubre del 2024

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT 900.096.152-8

DEBE A:

La profesional en TRABAJO SOCIAL Yessenia Moreno Giraldo identificada en número de cedula de ciudadanía 1013680064 de Bogotá la suma de $1´250.000 (Un millón doscientos cincuenta mil pesos) por concepto de prestación de servicios como Trabajadora social de medio tiempo del periodo comprendido entre el 1 de octubre del 2024 al 31 de octubre del 2024. Dicho valor se podrá consignar en la siguiente cuenta de ahorros banco Caja social número 24122266333

Anexo planillo de pago de seguridad social del mes Agosto y Funciones con cumplimiento a la fecha del área de TRABAJO SOCIAL MEDIO TIEMPO

Atentamente

Yessenia Moreno

Yessenia Moreno Giraldo.
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1013680064
Tel: 3174667899

Rle 1045 8738
P20-SI 241,263

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	1013680064	YESSENIA MORENO GIRALDO	diagonal 48j sur #1- 96 interior 13 casa	2795841	yessenia.moreno222@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	
2024-09	2024-09	I	03/10/2024	80691549	$377.300	

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	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Noto 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	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	377.300

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	1013680064	YESSENIA MORENO GIRALDO	diagonal 48j sur #1- 96 interior 13 casa	2795841	yessenia.moreno222@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	
2024-09	2024-09	I	03/10/2024	80691549	$377,300	

ETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estudiante	IRP	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	Cod. 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	1013680064	MORENO GIRALDO YESSENIA	57	0			N																230301	1,300,000	208,000	0	0	0	0	EPS005	1,300,000	162,500	14-11	1,300,000	1	6,800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

210

Bogotá, 25 de octubre del 2024

FUNDACION SURCOS
NIT. 900.096.152-8

DEBE A:
MILEIDIS PATRICIA BORRERO PADILLA
C.C. 1002183137

La suma de Sesenta y Cinco Mil pesos M/Cte (Sesenta y Cinco Mil Pesos M/Cte), por concepto de turno de formadora en la noche del 10 de octubre de los corrientes.

El valor de este turno favor consignar en la cuenta de ahorros del banco caja social No. 241-3931-1868.

Mileidis Borrero Padilla

MILEIDIS PATRICIA BORRERO PADILLA
C.C. 1002183137

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	1002183137
NOMBRES	MILEIDIS PATRICIA
APELLIDOS	BORRERO PADILLA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	ATLANTICO
MUNICIPIO	GALAPA

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJACOPI EPS S.A.S -CM	CONTRIBUTIVO	01/08/2004	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/25/2024 12:08:31	**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.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de

Bogotá D.C 25 de octubre de 2024

SEÑORES:

FUNDACION SURCOS

NIT. 900096152-8

CUENTA DE COBRO

DEBE A:

LEYDI ALEJANDRA RUIZ GUTIERREZ

CC. 1033687480

La suma de SESENTA Y CINTO MIL PESOS (65.000) por turno nocturno como formadora iniciando el día 30 de septiembre y terminando el día 1 de octubre de 2024.

El desembolso correspondiente se puede realizar a la cuenta del banco caja social N° 24109418326.
En constancia firmo

LEYDI ALEJANDRA RUIZ GUTIERREZ

CC 1033687480

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	1033687480
NOMBRES	LEYDI ALEJANDRA
APELLIDOS	RUIZ GUTIERREZ
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	01/12/2020	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	10/25/2024 11:23:44	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**,

	FUNDACION SURCOS	CODIGO: FS-FAD-03
		Versión: 01
	COMPROBANTE DE PAGO	Fecha: 02/01/2023
		Página 1 de 1

RECIBO DE PAGO NÓMINA OCTUBRE/2024

Fecha de pago: 28/10/24

EMPLEADO	OVEIDA FERNANDA CASTRO R.	No. Identificación	52197814
CARGO:	AUXILIAR ADMINISTRATIVA	PERIODO A PAGAR:	1 al 31 de OCTUBRE/2024
SUELDO BASICO:	1.300.000,00		

DEVENGADO		DEDUCCIONES	
DÍAS LABORADOS	30	SALUD 4%	52.000
SALARIO	1.300.000	PENSIÓN 4%	52.000
AUX. TRANSPORTE	162.000	OTROS	-
OTROS ABONOS	200.000		
H.E.D :	0		
TOTAL INGRESOS	1.662.000	TOTAL DEDUCCIONES	104.000
TOTAL A PAGAR:	1.558.000		

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD ESPECIFICADA, CON LO QUE QUEDAN LIQUIDADAS TODAS LAS PERCEPCIONES HASTA LA FECHA QUE SE INDICA.

FIRMA EMPLEADO_____

FUNDACIÓN SURCOS SEDE B NIT. 900.096.152-8

FIRMA EMPRESA_____

	FUNDACION SURCOS	CODIGO: FS-FAD-03
		Versión: 01
	COMPROBANTE DE PAGO	Fecha: 02/01/2023
		Página 1 de 1

RECIBO DE PAGO NÓMINA OCTUBRE/2024

Fecha de pago: 28/10/24

EMPLEADO	LEIDY ALEJANDRA RUIZ GUTIERREZ	No. Identificación	1.033.687.480
CARGO:	AUXILIAR DE ENFERMERÍA	PERIODO A PAGAR:	1 al 31 de OCTUBRE/2024
SUELDO BASICO:	1.300.000,00		

DEVENGADO		DEDUCCIONES	
DÍAS LABORADOS	30	SALUD 4%	54.120
SALARIO	1.300.000	PENSIÓN 4%	54.120
AUX. TRANSPORTE	162.000	OTROS	-
BONO EXTRA	100.000	OTROS	-
HED OCT: 7.5	52.988		-
TOTAL INGRESOS	1.614.988	TOTAL DEDUCCIONES	108.239
TOTAL A PAGAR:	1.506.749		

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD ESPECIFICADA, CON LO QUE QUEDAN LIQUIDADAS TODAS LAS PERCEPCIONES HASTA LA FECHA QUE SE INDICA.

FUNDACIÓN SURCOS SEDE B
NIT. 900.096.152-8

FIRMA EMPLEADO_____

FIRMA EMPRESA_____

Nombre empleado:	LEIDY ALEJANDRA RUIZ				HRS	hora extra diuno Valor hora ordinaria + 25%	OBSERVACIONES
DIA LABORADO	HORARIO CONTRACTUAL	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	TURNOS EN HRS REALIZADAS		7.065	
30-sep	7:00 AM - 4:00 P.M.	5:30 a. m.	4:00 p. m.	1.5 HED	1,5	10.598	
3-oct	7:00 AM - 4:00 P.M.	6:00 a. m.	4:00 p. m.	1 HED	1	7.065	
17-oct	7:00 AM - 4:00 P.M.	5:30 a. m.	4:00 p. m.	1.5 HED	1	7.065	
23-oct	7:00 AM - 4:00 P.M.	6:00 a. m.	6:00 p. m.	3 HED	3	21.195	
24-oct	7:00 AM - 4:00 P.M.	6:00 a. m.	4:00 p. m.	1 HED	1	7.065	
	TOTAL HORAS EXTRAS				7,5	52.988	

	FUNDACION SURCOS	CODIGO: FS-FAD-03
		Versión: 01
	COMPROBANTE DE PAGO	Fecha: 02/01/2023
		Página 1 de 1

RECIBO DE PAGO NÓMINA OCTUBRE/2024

Fecha de pago: 28/10/24

EMPLEADO	MILEIDIS PATRICIA BORRERO PADILLA	No. Identificación	1.002.183.137
CARGO:	SER. GENERALES	PERIODO A PAGAR:	1 al 31 de OCTUBRE/2024
SUELDO BASICO:	1.300.000,00		

DEVENGADO		DEDUCCIONES	
DÍAS LABORADOS	30	SALUD 4%	52.000
SALARIO	1.300.000	PENSIÓN 4%	52.000
AUX. TRANSPORTE	162.000		
RETORACTIVO BONO AGT Y SPT	150.000		
TOTAL INGRESOS	1.612.000	TOTAL DEDUCCIONES	104.000

TOTAL A PAGAR: 1.508.000

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD ESPECIFICADA, CON LO QUE QUEDAN LIQUIDADAS TODAS LAS PERCEPCIONES HASTA LA FECHA QUE SE INDICA.

FUNDACIÓN SURCOS SEDE B NIT. 900.096.152-8

FIRMA EMPLEADO Mileidis Borrero

FIRMA EMPRESA

Bogotá 30 de octubre del 2024.

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT 900096152

DEBE A:

CARLOS MAURICIO RODRIGEZ ESCOBAR

CC: 80165353

LA SUMA DE: $2.200.000 (DOS MILLONES DOCIENTOS MIL DE PESOS)

POR CONCEPTO DE: SERVICIO CONTABLE OCTUBRE 2024

CONSIGNAR CUENTA DE AHORROS: CAJA SOCIAL AHORROS **No dé Cuenta: 24101525491**

Se prestan las constancias de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social correspondientes al mes de Septiembre 2024.

Atentamente



MAURICIO RODRIGUEZ ESCOBAR

CC.80165353

TP.284195T

MOVIL:32503017666

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	80165353	CARLOS MAURICIO RODRIGUEZ ESCOBAR	CALLE 36 72 78 CARVAJAL	4626552	maorodriguezescobar@gmail.com	
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	
2024-09	2024-09	I	31/10/2024	80582813	$578.200	

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	250.000	0		0		0	20	3.600	0	253.600	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
230301	Porvenir	800224808-8	320.000	0	0	0	0	20	4.600	0	324.600	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										

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	20	0	0	0
ICBF				
0	20	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	250.000	253.600
Pensión	1	320.000	324.600
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	570.000	578.200

PAGADA

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	80165353	CARLOS MAURICIO RODRIGUEZ ESCOBAR	CALLE 36 72 78 CARVAJAL	4626552	maorodriguezescobar@gmail.com	
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	
2024-09	2024-09	I	31/10/2024	80582813	$578.200	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	80165353	RODRIGUEZ ESCOBAR CARLOS MAURICIO	3	0			N																	230301	2.000.000	320.000	0	0	0	0	EPS008	2.000.000	250.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

Bienvenido al Módulo Empresarial:	Empresa:	Dependencia:	Dirección IP:	Fecha último ingreso al sistema:
Gina Sughei Rodriguez Valero	FUNDACION SURCOS	ICBF	190.25.82.220	Octubre 28 de 2024 03:14 pm

Número de Transacción: APII4302324136134613

Editor de Lotes

Fecha: Octubre 28 de 2024 05:09 pm

Resumen del Lote

Estado:	Autorizado
Tipo de Movimiento:	Proveedores Interbancarios
Cuenta Origen:	Cuenta Ahorros *******2163
Naturaleza:	Pagos
Nombre del Lote:	OPS Y NOM OTROS BCOS OCT24
Fecha de Aplicación:	Octubre 28 de 2024
Valor del Lote:	$14.429.963,00
Cantidad de Registros:	8

Detalle de Movimientos

Secuencia	Estado	Nombre Tercero	Identificación Tercero	Banco	Tipo Cuenta	Número Cuenta	Valor	Número de Transacción	Referencia	Descripción	Causa de Error
1	Autorizado	GLEIDIS RODRIGUEZ	CC 5608522	NEQUI	Cuenta Ahorros	3236192674	$451.820,00	--	TURNOS FORMADORA	OPS OCT24	--
2	Autorizado	LINA PAOLA BECERRA	CC 1024567712	Davivienda	Cuenta Ahorros	0550488442828627	$2.730.778,00	--	PSICOLOGA	OPS OCT24	--
3	Autorizado	VALENTINA ESCOBAR	CC 1233901673	NU	Cuenta Ahorros	47378876	$2.482.525,00	--	TRABAJO SOCIAL	OPS OCT24	--
4	Autorizado	PILAR GALAN	CC 51914890	Bancolombia	Cuenta Ahorros	07139021015	$1.886.719,00	--	INSTRUCTORA DE TALLER	OPS OCT24	--
5	Autorizado	PAOLA RAMIREZ	CC 1032477292	Davivienda	Cuenta Ahorros	0570469570039161	$2.184.622,00	--	NUTRICIONISTA	OPS OCT24	--
6	Autorizado	SUREYA MURILLO	CC 52275114	Davivienda	Cuenta Ahorros	488409990980	$1.508.000,00	--	SERV GENERALES	NOM OCT24	--
7	Autorizado	IDALID CORTINA	CC 1010106349	Banco de Occidente	Cuenta Ahorros	817805740	$1.527.499,00	--	COCINERA	NOM OCT24	--
8	Autorizado	GINO CASTRO	CC 3809488	Davivienda	Cuenta Ahorros	009700170583	$1.658.000,00	--	COCINERO	NOM OCT24	--

Imprimir Cerrar

2100

Bogotá D.C. 25 de octubre /2024

FUNDACION SURCOS
NIT Ne
900096152-8

DEBE A:
GLEIDIS ODAIRIS RODRIGUEZ LARA

PPT: 5608522

La suma de CUATROCIENROS CINCUENTA Y CINCO (455.000) por concepto de prestación de servicios para turnos como FORMADORA. correspondiente A las siguientes fechas

Fecha 2 de octubre 2024
7:00 pm a 7:00am (12horas)
Fecha 5 de octubre 2024
7:00am a 7:00am (24horas)
Fecha 8 de octubre 2024
7:00am a 7:00am (24 horas)
Fecha 12 de octubre 2024
7:00am a 7:00am (24horas)

El desembolso correspondiente se puede realizar a la cuenta NEQUI número 3236192674 con PPT: 5608522

Cordialmente

Gleidis Rodriguez
GLEIDIS RODRIGUEZ

PPT:
560.8522
Celular:
3236192674

Desde 3180

Pago 451.820

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MIGRACIÓN

No. 5608522

RODRIGUEZ LARA

GLEIDIS ODAIRIS

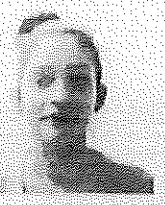
VEN F

20223032

10-05-1991

30-10-2023 BOGOTA D.C.

30-05-2031





IPCOL5608522<<0<<<<<<<<<<<<<<<

9105104F3105308VENE1403316<<<2

RODRIGUEZ<LARA<<GLEIDIS<ODAIRI

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	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	5608522
NOMBRES	GLEIDIS ODAIRIS
APELLIDOS	RODRIGUEZ LARA
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	23/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	09/26/2024 12:16:19	**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,**

Bogotá, 28 de octubre del 2024

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT 900.096.152-8

DEBE A:

La profesional en Psicología Lina Paola Becerra Melgarejo identificada en número de cedula de ciudadanía 1024567712 de Bogotá, la suma de $2.750.000 (Dos millones setecientos cincuenta mil pesos) por concepto de prestación de servicios como Psicóloga de tiempo completo del periodo comprendido entre el 01 de octubre del 2024 al 31 de octubre del 2024. Dicho valor se podrá consignar en la siguiente cuenta del banco Davivienda 0550488442828627

Se anexa la planilla de pago de aportes al sistema de seguridad social mes vencido (SEPTIEMBRE/2024) y Funciones con cumplimiento a la fecha del área de PSICOLOGIA

Atentamente

Lina Paola Becerra Melgarejo

PSICOLOGA

CC 1024567712

Celular: 3144521991

RteSICA-> 19,223

Bog-> 2'750 778

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024567712		LINA PAOLA BECERRA MELGAREJO	INDEPENDIENTE	Principal	TRASVERSAL 35 BIS N 27B 48 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4704331	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2024-09	2024-09	979960239	9475408354	1	2024/10/03	2024/10/15	BANCO DAVIVIENDA	12	$380,600	

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES		PENSION			SALUD			CCF			RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre			Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: Principal (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Centro de Trabajo: Principal (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300
1	CC	1024567712	BECERRA LINA		230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS017	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	0.522%	$6,800	0	$0	$0	No	$377,300
Total Afiliados(1)							$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$6,800		$0	$0		$377,300

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1024567712		LINA PAOLA BECERRA MELGAREJO	INDEPENDIENTE	Principal	TRASVERSAL 35 BIS N 27B 48 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	4704331	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	979960239	9475408354	1	2024/10/03	2024/10/15	BANCO DAVIVIENDA	12	$380,600

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$1,800	$0	$209,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$1,800	$0	$209,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$100	$0	$6,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$6,800	$100	$0	$6,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,400	$0	$163,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$162,500	$1,400	$0	$163,900
TOTAL				1	$377,300	$3,300	$0	$380,600

Bogotá, 28 de octubre del 2024

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT 900.096.152-8

DEBE A:

La profesional en TRABAJO SOCIAL Yenni Valentina Escobar Mendivelso identificada en número de cedula de ciudadanía 1.233.901.673 de Bogotá, cobra la suma de $2.500.000 (dos millones quinientos mil pesos) por concepto de prestación de servicios como Trabajadora Social de tiempo completo durante el mes de octubre de 2024. Dicho valor se podrá consignar en la siguiente cuenta de **NU C.F.** numero **47378876**

Anexo planillo de pago de seguridad social del mes de SEPIEMBRE 2024 y Funciones con cumplimiento a la fecha del área de TRABAJO SOCIAL.

Atentamente

Yenni Valentina Escobar Mendivelso

CC 1.233.901.673

Celular: 3012420265

Rete IAD 17,475

P20-52'482525

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233901673		ESCOBAR MENDIVELSO YENNI VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 102a #128c 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6014158	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	995915723	9475732134	1	2024/10/17	2024/10/21	NU	4	$403,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES															PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES					
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Tarifa	Aporte	Dias	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200
1	CC	1233901673	ESCOBAR YENNI																		23100 1	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	2.436%	$31,700	0	$0	$0	No	$402,200
Total Afiliados(1)																						$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000		$31,700		$0	$0		$402,200

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233901673		ESCOBAR MENDIVELSO YENNI VALENTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 102a #128c 08	BOGOTA-BOGOTA D.E.	6014158	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	995915723	9475732134	1	2024/10/17	2024/10/21	NU	4	$403,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$208,000	$600	$0	$208,600
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$208,000	$600	$0	$208,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$100	$0	$31,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$100	$0	$31,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$500	$0	$163,000
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$500	$0	$163,000
TOTAL				1	$402,200	$1,200	$0	$403,400

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Bogotá D.C, 31 de octubre 2024

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT-900096152-8

Yo SONIA PILAR GALAN IZQUIERDO con C.C 51.914.890, manifiesto que: FUNDACION SURCOS NIT-900096152-8 de Bogotá, me debe la suma de ($1.900.000), que corresponden a la prestación de servicios como INSTRUCTORA DE TALLER, durante el periodo comprendido entre el 01 y el 31 de octubre de 2024.

El desembolso correspondiente se solicita realizar en la cuenta de ahorros N°07139021015 de Banco Bancolombia.

NOTA: Adjunto planilla de seguridad social correspondiente al mes de octubre.

Cordialmente

Sonia Pilar Galán

Sonia Pilar Galán Izquierdo

cc.51.914.890

Cel: 3124481340

Rte ICA $13.281

PSO $1'886.719

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51914890		GALAN IZQUIERDO SONIA PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 35 NO 53A - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3923252	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	36413475	9475116711	I	2024/10/22	2024/10/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte	
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$6,800		$0	$0	
1	CC 51914890	GALAN SONIA	230201	30	$1,300,000	$208,000	EPS001	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-23	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	

en línea

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
C 51914890		GALAN IZQUIERDO SONIA PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRRA 35 NO 53A - 34	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3923252	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
024-09	2024-09	36413475	9475116711	I	2024/10/22	2024/10/18	BANCO DE OCCIDENTE	0	$377,300

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
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$208,000	$0	$0	$208,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$6,800	$0	$0	$6,800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$6,800	$0	$0	$6,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$0	$0	$162,500
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$162,500	$0	$0	$162,500
TOTAL				1	$377,300	$0	$0	$377,300

PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA PLANILLA PAGADA

Bogotá D.C, octubre 31 de 2024

Cuenta de cobro N° 54

FUNDACIÓN SURCOS

NIT N° 900096152 – 8

DEBE A:

JULIETH PAOLA RAMÍREZ LÓPEZ

C.C. 1032477292

La suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/cte ($2´200.000) por concepto de PRESTACION DE SERVICIOS COMO NUTRICIONISTA DIETISTA de la modalidad internado del ICBF, correspondiente al mes de octubre de 2024.

El Desembolso correspondiente se puede realizar en la cuenta de ahorros N° 057046957003916l de DAVIVIENDA.

Se anexa la constancia de pago de aportes al sistema de seguridad social correspondiente al mes de septiembre 2024.

Cordialmente,

Paola Ramirez

Julieth Paola Ramírez López
C.C. 1032477292 de Bogotá
Celular: 3003218704
Dirección: Carrera 63 # 98b-51 apto 402

Rte SAS 15.378
Pago 2'184.622

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	1032477292	JULIETH PAOLA RAMIREZ LOPEZ	CRA 63#98B 51	4714873	j.pao1905@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	81010373	$377,300	

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	162,500	0		0		0	0	0	0	162,500	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	208,000	0	0	0	0	0	0		208,000	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										
14-4	Vida Colpatria S.A.	860002183-9	6,800				6,800	0	0	6,800			68	6,800	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	162,500	162,500
Pensión	1	208,000	208,000
Riesgos Laborales	1	6,800	6,800
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377,300	377,300

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	1032477292	JULIETH PAOLA RAMIREZ LOPEZ		CRA 63#98B 51	4714673	j.pao1905@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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	81010373	TOTAL A PAGAR	
					$377.300	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Estudiante	IRP	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VTE	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o 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	1032477292	RAMIREZ LOPEZ JULIETH PAOLA	57	0			N																	230301	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-4	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

	FUNDACION SURCOS	CODIGO: FS-FAD-03
		Versión: 01
	COMPROBANTE DE PAGO	Fecha: 02/01/2023
		Página 1 de 1

RECIBO DE PAGO NÓMINA OCTUBRE/2024

Fecha de pago: 28/10/24

EMPLEADO	DARLING SUREYA MURILLO MORENO	No. Identificación	52.275.114
CARGO:	SERVICIOS GENERALES	PERIODO A PAGAR:	1 al 31 de OCTUBRE/2024
SUELDO BASICO:	1.300.000,00		

DEVENGADO		DEDUCCIONES	
DÍAS LABORADOS	30	SALUD 4%	52.000
SALARIO	1.300.000	PENSIÓN 4%	52.000
AUX. TRANSPORTE	162.000		-
BONO EXTRA	150.000		-
TOTAL INGRESOS	1.612.000	TOTAL DEDUCCIONES	104.000
TOTAL A PAGAR:	1.508.000		

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD ESPECIFICADA, CON LO QUE QUEDAN LIQUIDADAS TODAS LAS PERCEPCIONES HASTA LA FECHA QUE SE INDICA.

FIRMA EMPLEADO Sureya

FUNDACIÓN SURCOS SEDE B NIT. 900.696.152-8

FIRMA EMPRESA

	FUNDACION SURCOS	CODIGO: FS-FAD-03
		Versión: 01
	COMPROBANTE DE PAGO	Fecha: 02/01/2023
		Página 1 de 1

RECIBO DE PAGO NÓMINA OCTUBRE/2024

Fecha de pago: 28/10/24

EMPLEADO	IDALID DEL SOCORRO CORTINA VILLALB	No. Identificación	1.010.106.349
CARGO:	COCINERA	PERIODO A PAGAR:	1 al 31 de OCTUBRE/2024
SUELDO BASICO:	1.300.000,00		

DEVENGADO		DEDUCCIONES	
DÍAS LABORADOS	30	SALUD 4%	52.848
SALARIO	1.300.000	PENSIÓN 4%	52.848
AUX. TRANSPORTE	162.000		
BONO EXTRA	150.000		-
H.E.D OCT : 3 HED	21.195		
TOTAL INGRESOS	1.633.195	TOTAL DEDUCCIONES	105.696

TOTAL A PAGAR: 1.527.499

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD ESPECIFICADA, CON LO QUE QUEDAN LIQUIDADAS TODAS LAS PERCEPCIONES HASTA LA FECHA QUE SE INDICA.

FIRMA EMPLEADO I. Cortina

FUNDACIÓN SURCOS SEDE B NIT. 900.096.152-8

FIRMA EMPRESA_____

Nombre empleado:	IDALID DEL SOCORRO CORTINA VILLALBA				HRS	hora extra diuno Valor hora ordinaria + 25%	OBSERVACIONES
DIA LABORADO	HORARIO CONTRACTUAL	HORA DE ENTRADA	HORA DE SALIDA	TURNOS EN HRS REALIZADAS		7.065	
17-oct	5:00 AM - 1:00 P.M.	5:00 A.M	4:00 P.M.	3 HED	3	21.195	RECEPCION Y ARREGLO MERCADO
	TOTAL HORAS EXTRAS				3	21.195	

	FUNDACION SURCOS	CODIGO: FS-FAD-03
		Versión: 01
	COMPROBANTE DE PAGO	Fecha: 02/01/2023
		Página 1 de 1

RECIBO DE PAGO NÓMINA OCTUBRE/2024

Fecha de pago: 28/10/24

EMPLEADO	**GINO CASTRO DÍAZ**	No. Identificación	3.809.488
CARGO:	**COCINERO**	PERIODO A PAGAR:	1 al 31 de OCTUBRE/2024
SUELDO BASICO:	1.300.000,00		

DEVENGADO		**DEDUCCIONES**	
DÍAS LABORADOS	30	SALUD 4%	52.000
SALARIO	1.300.000	PENSIÓN 4%	52.000
AUX. TRANSPORTE	162.000		
RETORACTIVO BONO AGT Y SPT	100.000		
BONO EXTRA OCT	200.000		-
H.E.D :	0		
TOTAL INGRESOS	**1.762.000**	**TOTAL DEDUCCIONES**	**104.000**

TOTAL A PAGAR: **1.658.000**

RECIBI DE CONFORMIDAD LA CANTIDAD ESPECIFICADA, CON LO QUE QUEDAN LIQUIDADAS TODAS LAS PERCEPCIONES HASTA LA FECHA QUE SE INDICA.

FIRMA EMPLEADO_____

FUNDACIÓN SURCOS SEDE B NIT. 900.696.152-8

FIRMA EMPRESA_____

Bogotá, 31 de octubre del 2024

CUENTA DE COBRO

FUNDACIÓN SURCOS
NIT 900.096.152-8.
DEBE A:

La señora Heidy Yolima Suarez Rodríguez identificada con número de cedula 52.859.553 de Bogotá la suma de $2.500.000 (DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS) por concepto de prestación de servicios como PROFESIONAL DE AREA del periodo comprendido entre el 01 de octubre del 2024 al 31 de octubre de 2024. Dicho valor a consignar a cuenta de ahorros del banco DAVIVIENDA 008000770019.

Se anexa planilla de pago de aportes al sistema de seguridad social mes vencido septiembre 2024.

Atentamente



HEIDY YOLIMA SUAREZ RODRIGUEZ
CC. 52.859.553 de Bogotá.
Dirección: Calle 56 f sur # 29-33
Celular: 3208309003
Correo electrónico: hesuro1829@gmail.com

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	52859553	HEIDY YOLIMA SUAREZ RODRIGUEZ	CALLE 56 F SUR 29 33	2300947	hesuro1829@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	
2024-09	2024-09	I	30/10/2024	80572594	$382.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	19	2.300	0	164.800	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
231001	Colfondos	800227940-6	208.000	0	0	0	0	19	2.900	0	210.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	19	100	6.900			68	6.900	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	19	0	0	0
ICBF				
0	19	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	162.500	164.800
Pensión	1	208.000	210.900
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	382.600

PAGADA

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	52859553	HEIDY YOLIMA SUAREZ RODRIGUEZ		CALLE 56 F SUR 29 33	2300947	hesuro1829@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	
2024-09	2024-09	I	30/10/2024	80572594	$382.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52859553	SUAREZ RODRIGUEZ HEIDY YOLIMA	59	0			N																	231001	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

CUENTA DE COBRO

No.0009

FUNDACION SURCOS

NIT 900.096.152-8

DEBE A:

La señora Diana Katherine Gil Herrera identificada con numero de cedula 1.026.575.360 de Bogotá la suma de $2.300.000 (dos millones trescientos mil pesos) por concepto de prestación de servicios como Psicóloga/ Profesional de área del periodo comprendido entre el 01 al 30 de septiembre de 2024. Dicho valor a consignar al banco Davivienda, cuenta número: 0550488426678790

Nota: Se anexa la planilla de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social mes vencido (septiembre/2024).

Atentamente

Diana Katherine Gil Herrera
C.C 1.026.575.360
TEL: 3193399905
Correo electrónico: psicopedagogía. Surcos2@gmail.com

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificacion	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1026575360		GIL HERRERA DIANA KATHERINE	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cll 10B # 81F 70	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3209476836	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	1000000210	9474685761	1	2024/10/15	2024/10/29	BANCO DE BOGOTA	14	$406,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
1	CC	1026575360	GIL DIANA	230301	30	$1,300,000	$208,000	EPS010	30	$1,300,000	$162,500		0	$0	$0	14-11	30	$1,300,000	$31,700	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,300,000	$208,000			$1,300,000	$162,500			$0	$0			$1,300,000	$31,700		$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	$2,100	$0	$210,100
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$208,000	$2,100	$0	$210,100
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$31,700	$400	$0	$32,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$31,700	$400	$0	$32,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$162,500	$1,700	$0	$164,200
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$162,500	$1,700	$0	$164,200
TOTAL				1	$402,200	$4,200	$0	$406,400

Bogotá octubre 24 de 2024

FUNDACIÓN SURCOS
GINA RODRÍGUEZ

DEBE A:

YAROLD BARNEY PINZON
Régimen Simplificado

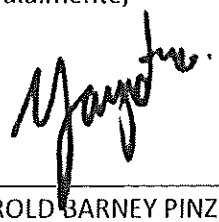
CUENTA DE COBRO # 041

POR CONCEPTO DE:

Realización de clases de actividad física en 11 sesiones del mes de OCTUBRE $880.000.00

LA SUMA OCHO CIENTOS OCHENTA MIL PESOS M/CTE.
SE ANEXA PLANILLA DE APORTES MES VENCIDO (SEPTIEMBRE 2024)

Cordialmente;



YAROLD BARNEY PINZON
FORMADOR DEPORTIVO
C.C 79.556.398 de Bogotá
CUENTA DE AHORROS CAJA SOCIAL 24054075773

YAROLD BARNEY PINZON
TELEFONO: 3134570587
CORREO: yaroldbarneypinzon@gmail.com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	79556398	YAROLD BARNEY PINZON		Avenida 30 58 69 Apto 101	3108734766	yaroldbarneypinzon@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
2024-09	2024-09	I	09/09/2024	80119481	TOTAL A PAGAR	
					$402.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	31.700				31.700	0	0	31.700			317	31.700	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	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	31.700	31.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	402.200	402.200

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
CC	79556398	YAROLD BARNEY PINZON		Avenida 30 58 69 Apto 101	3108734766	yaroldbarneypinzon@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
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
2024-09	2024-09	I	09/09/2024	80119481	$402.200

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano Exterior	IGE	IRT	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	79556398	BARNEY PINZON YAROLD	59	0			N																25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS005	1.300.000	162.500	14-23	1.300.000	3	31.700		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

YAROLD BARNEY PINZON
CC 79556398

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

BOGOTÁ D.C., 31 DE OCTUBRE DE 2024.

SEÑORES:

FUNDACIÓN SURCOS

NIT: 900096152-8

CUENTA DE COBRO

DEBE A:

CINTHYA VALENTINA BERNAL GARCIA

C.C: 1033818742

La suma de **DOS MILLONES DE PESOS (2.000.000)** por concepto de prestación de servicios como **FORMADORA,** correspondiente al mes de **OCTUBRE** del presente año.

El desembolso correspondiente se puede realizar a la cuenta de **Banco Caja Social N° 24139324965**. Se anexa planilla de pago de aportes al sistema de seguridad social mes vencido **(SEPTIEMBRE 2024).**

Cordialmente.,

CINTHYA VALENTINA BERNAL GARCIA

C.C: 1033818742

CEL: 3204150401

BOGOTÁ D.C., 25 DE OCTUBRE DE 2024.

SEÑORES:

FUNDACIÓN SURCOS

NIT: 900096152-8

CUENTA DE COBRO

DEBE A:

CINTHYA VALENTINA BERNAL GARCIA

C.C: 1033818742

La suma de **CIENTO TREINTA MIL (130.000)** por concepto de prestación de servicios como **FORMADORA,** el turno diurno de 12 horas del **2 de octubre de 2024** y el turno nocturno de 12 horas del **15 de octubre del 2024**

El desembolso correspondiente se puede realizar a la cuenta de **Banco Caja Social N° 24139324965.** Se anexa planilla de pago de aportes al sistema de seguridad social mes vencido **(SEPTIEMBRE 2024).**

Cordialmente.,

CINTHYA VALENTINA BERNAL GARCIA

C.C: 1033818742

CEL: 3204150401

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033818742	CINTHYA VALENTINA BERNAL GARCIA		diagonal 52 b sur # 60 - 32	3204150401	garciacinthya650@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – 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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80518604	$379.000	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Codigo EPS	Nombre	NIT	Cotizacion Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	162.500	0		0		0	6	700	0	163.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Dias Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	208.000	0	0	0	0	6	900	0	208.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Codigo ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Dias 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	6.800				6.800	6	100	6.900			68	6.900	1

TOTALES CAJAS

Codigo CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	163.200
Pensión	1	208.000	208.900
Riesgos Laborales	1	6.800	6.900
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	377.300	379.000

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	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033818742	CINTHYA VALENTINA BERNAL GARCIA	diagonal 52 b sur # 60 - 32	3204150401	garciacinthya650@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D C.	BOGOTA, 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	
2024-09	2024-09	I	15/10/2024	80518604	$379.000	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES															PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en exterior	Estudiante	IGE	SLN	INS	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	1033818742	BERNAL GARCIA CINTHYA VALENTINA	57	0			N																		25-14	1.300.000	208.000	0	0	0	0	EPS008	1.300.000	182.500	14-11	1.300.000	I	9.000		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

31 de Octubre de 2024

Cuenta de cobro 010

FUNDACIÓN SURCOS
NIT 900.096.152-8

DEBE A:

JUAN DAVID QUIROGA MORENO
C.C. 1.030.660.936 de Bogotá D.C.

LA SUMA DE:

Setecientos mil pesos m/c (700.000) pesos

Por concepto de:

- Administración del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo y SIGE de la sede Nicolas de Federmann Durante el mes de Octubre de 2024. ($700.000)

Nota

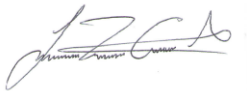
Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, “NO he contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos”. (Parágrafo 2 art.383 E.T.)

Nota: me acojo al artículo 383 del E.T. de tarifa mínima 0% de impuesto hasta UVT95, no practicar retención.

Se Anexa Planilla de seguridad social

Cordialmente,



Juan David Quiroga Moreno
C.C. 1.030.660.936
T.P. 161357
R.S.S. 15171
L.S.O. 473
Teléfono 3102843404
psic.juandavidquiroga@gmail.com

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030660936		QUIROGA MORENO JUAN DAVID	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	KR 113C 143A 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	968543417	9475130108	I	2024/10/09	2024/10/08	NEQUI	0	$1,921,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES				
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
1	CC	1030660936	QUIROGA MORENO JUAN DAVID																		25-14	30	$6,400,000	$1,088,000	EPS005	30	$6,400,000	$800,000		0	$0	$0	14-11	30	$6,400,000	$33,500	0	$0	$0	No	$1,921,500
Total	**Afiliados(1)**																						$6,400,000	$1,088,000			$6,400,000	$800,000			$0	$0			$6,400,000	$33,500		$0	$0		$1,921,500

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030660936		QUIROGA MORENO JUAN DAVID	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	KR 113C 143A 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2024-09	2024-09	968543417	9475130108	I	2024/10/09	2024/10/08	NEQUI	0	$1,921,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$1,088,000	$0	$0	$1,088,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$1,088,000	$0	$0	$1,088,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$33,500	$0	$0	$33,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$33,500	$0	$0	$33,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$800,000	$0	$0	$800,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$800,000	$0	$0	$800,000
TOTAL				1	$1,921,500	$0	$0	$1,921,500

Bogota 31 de octubre 2024

FUNDACION SURCOS
NIT Ne 900096152-8

DEBE A:

GLEIDIS ODAIRIS RODRIGUEZ LARA
PPT: 5608522

La suma de CIENTO TREINTA MIL PESOS (130.000) por concepto de prestación de servicios Como FORMADORA en las siguientes fechas y horas correspondientes:

20 de octubre 2024 de 7:00 p. m. hasta las 7:00 a.m. **(12 horas)**
28 de octubre 2024 de 7:00 p. m. hasta las 7:00 a.m. **(12 horas)**

El pago se puede enviar a cuenta NEQUI por medio del 3236192674 a nombre de : Gleidis Rodríguez PPT : 5608522

Agradece ...

Gleidis Rodriguez

Gleidis Rodriguez

PPT:5608522
TLF: 3236192674

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5608522

COL

RODRIGUEZ LARA
APELLIDOS

GLEIDIS ODAIRIS
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

20223032
DNI Nro.

10-05-1991
FECHA DE NACIMIENTO

30-10-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E1403316

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5608522<<0<<<<<<<<<<<<<<<
9105104F3105308VENE1403316<<<2
RODRIGUEZ<LARA<<GLEIDIS<ODAIRI

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	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	5608522
NOMBRES	GLEIDIS ODAIRIS
APELLIDOS	RODRIGUEZ LARA
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	23/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	10/30/2024 14:42:38	**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**,

Bogota D.C. 05 DE NOVIEMBRE DEL 2024

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT 900096152-8

Yo Norma Katherin Zamora Gonzalez con C.C 1022355309, manifiesto que: FUNDACION SURCOS NIT- 900096152-8 de bogota, me debe la suma de ($ 325.000) por prestacion de servicios corresponde como FORMADORA, de los turnos correspondientes a las fechas del 30 de sept, 01 de octubre del 2024.

El desembolso correspondiente se solicita realizar en la cuenta de ahorros N 52529465319 DE Banco Bancolombia.

Anexo los siguientes documento a la cuenta de cobro: afilición de EPS Compensar

KATHERIN ZAMORA

Cordialmente

Norma Katherin Zamora Gonzalez

C.C : 1022355309

CEL: 3006513360

Me 50.322
Peo. 322.28

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

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 30/04/2024

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

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

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

6. Apellidos y nombres	ZAMORA	GONZALEZ	NORMA	KATHERIN
7. Tipo de documento de identidad	CC	8. Número de documento de identidad	1022353309	9. Sexo Femenino X Masculino	10. Fecha de nacimiento 01 12 1988

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	16. Administradora de pensiones
					SURA	PROTECCIÓN

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia					
$1300000	Dirección: CALLE 68 B SUR # 80 H 78	Teléfono fijo:	Teléfono celular: 3206513360			
Municipio: BOGOTA DC	Zona Urbana X	Rural	Departamento: CUNDINAMARCA			

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

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

	28. Fecha de nacimiento	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad Tipo					32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC adicional (a registrar por la EPS)
				F	N	M	T	P						
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)
C1		
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	Municipio	Departamento	Teléfono

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 traslado 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			
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 afiliación 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 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 [illegible] mensajes de texto.

RADICADO
FECHA: 30/04/24
Cod. Asesor:
PUSO EN CONTACTO CON EL INTERESADO EN AFILIARSE AL SGSSS.
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN.

VIII. FIRMAS

NORMA ZAMORA

IX. ANEXOS

54. 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 invalidez pronunciado emitido por la autoridad competente.
58. Copia del registro civil de nacimiento, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declara 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 declara 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 jurada 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. Carta de imputación 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 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						
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad				71. Firma del funcionario	
OBSERVACIONES:						

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.

VIGILADO Supersalud

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

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 30/01/2024

I. DATOS DEL TRAMITE *(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 [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. Régimen: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
Código (a registrar por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: ZAMORA | GONZALEZ | NORMA | KATHERIN
7. Tipo de documento de identidad: (CC)
8. Número de documento de identidad: 1022353057
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 01 12 1988

II. 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: PROTECCION
17. Ingreso base de cotización - IBC: $ 1.300.000
18. Residencia: CALLE 68 B SUR # 80 H 78 | Teléfono: 3206513360
Nombre del municipio: BOGOTA D.C. | Zona: Urbana [X] Rural [ ] | Departamento: 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
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de 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	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	29. Parentesco	30. Etnia	31. Discapacidad: Tipo F	N	M	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)
G2		
G		
B		
G		

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

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. Reingreso a 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 planilla de prestación al tesoro [ ]
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
Tipo de documento de identidad | Número de documento de identidad | Sexo: Femenino [ ] Masculino [ ] | Fecha de nacimiento | 42. Fecha
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 información 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, 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 lo requieran. [ ]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante y 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 [illegible] mensajes de texto. [ ]

RADICADO
FECHA: 30/01/24
Cod: A6980
PUSO EN CONTACTO CON EL INTERESADO EN AFILIARSE AL SGSSS. AFILIACION SUJETA A VERIFICACION.

VIII. FIRMAS

NORMA ZAMORA

IX. ANEXOS

56. Anexa 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 documento de irregularidad 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 jurada 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 los 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 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 de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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.

Vigilado Supersalud

Vigilado SuperSubsidio

Bogota D.C. 05 DE NOVIEMBRE DEL 2024

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT 900096152-8

Yo Norma Katherin Zamora Gonzalez con C.C 1022355309, manifiesto que: FUNDACION SURCOS NIT- 900096152-8 de bogota, me debe la suma de ($ 1.666.666) por prestacion de servicios corresponde como FORMADORA, de los turnos correspondientes del 07 de octubre al 31 de octubre.

El desembolso correspondiente se solicita realizar en la cuenta de ahorros N 52529465319 DE Banco Bancolombia.

Anexo los siguientes documento a la cuenta de cobro: afilición de EPS Compensar,certificado de pensión y certificado de A.R.L.

KATHERIN ZAMORA

Cordialmente

Norma Katherin Zamora Gonzalez

C.C : 1022355309

CEL: 3006513360

Rte SO 11650

P20-1

1'665018

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

compensar | eps salud

No. de Radicación: | Fecha de Radicación: 30 04 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: A. Cotizante	B. Cabeza de familia	C. Beneficiario	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación X	A. Individual	• Cotizante o cabeza de familia X	A. Contributivo X				
B. Reporte de Novedades		• Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	5. Tipo de cotizante: A. Dependiente	B. Independiente X	C. Pensionado	
		B. Colectivo					
		C. Institucional					
		D. Oficioso					

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

6. Apellidos y nombres					
ZAMORA	GONZALEZ	NORMA	KATHERIN		
7. Tipo de documento de identidad: CC	8. Número de documento de identidad: 1022353051	9. Sexo: Femenino X	Masculino	10. Fecha de nacimiento: 01 12 1988	

B. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad: Tipo	Cantidad	13. Puntaje SISBEN	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				
$1.300.000	CALLE 68 B SUR # 80 H 78				3006513360
Nomenclatura Cundinamarca Bogotá DC	Bogotá DC	Zona Urbana X	Rural		CUNDINAMARCA

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			
20. Tipo de documento de identidad	21. Número de 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				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

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

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 tránsito de pensionado al basante
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					
Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	42. Fecha
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 impidieron la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
49. Declaración de no información 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 entregue datos y copia de la historia clínica del cotizante 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 [illegible] mensajes de texto.

RADICADO
FECHA: 30/04/24
Cod. Asesor
PUSO EN CONTACTO CON EL INTERESADO EN AFILIARSE AL SGSSS.
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN.

VIII. FIRMAS

NORMA ZAMORA

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.
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 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 de documento de identidad	71. Firma del funcionario	
OBSERVACIONES:			

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.

VIGILADO Supersalud

VIGILADO SuperSubsidio

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

compensar | eps salud

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 30/04/2024

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

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

6. Apellidos y nombres			
ZAMORA	GONZALEZ	NORMA	KATHERIN

7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número de documento de identidad: 1022355301
9. Sexo: Femenino [X] Masculino [ ]
10. Fecha de nacimiento: 01/12/1988

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: PROTECCION
17. Ingreso base de cotización - IBC: $1'300.000
18. Residencia: Dirección: CALLE 68 B. SUR # 80 H 78 Teléfono: 3006573360
Correo electrónico: NORMAREINAMURACOMPLEX@GMAIL.COM Ciudad: BOGOTA DC Zona: Urbana [X] Rural [ ] Departamento: 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
20. Tipo de documento de identidad
21. Número de 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				25. Tipo de documento de identidad	26. Número de documento de identidad	27. Sexo	
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre			Femenino	Masculino
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	28. Fecha de nacimiento	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 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)
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

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

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. Reingreso 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

61. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número de documento de identidad	Sexo: Femenino	Masculino	Fecha de nacimiento	62. Fecha

63. EPS anterior
64. Motivo de traslado Código
65. 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 afiliación 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 [illegible] mensajes de texto. [ ]

RADICADO
FECHA: 30/04/24
Cod. Asesor: [illegible]
PUSO EN CONTACTO CON EL INTERESADO EN AFILIARSE AL SGSSS.
AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN.

VIII. FIRMAS

NORMA ZAMORA

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 documento de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
58. Copia del registro civil de nacimiento, 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 jurada 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 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 de documento de identidad
71. Firma del funcionario

OBSERVACIONES:

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.

VIGILADO SUPERSALUD

VIGILADO SuperSubsidio

ARL | sura

Medellín, 09 SEPTIEMBRE 2024

SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.
CERTIFICA:

Que la información detallada a continuación corresponde a lo que se encuentra registrado en los sistemas de ARL SURA S.A. a la fecha 09/10/2024 11:12, con relación a la afiliación y cobertura de NORMA KATHERINE ZAMORA GONZALEZ identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA 1022355309, afiliado en calidad de Trabajador independiente.

Fecha de Inicio de cobertura: 30/09/2024
Estado actual de la cobertura: **ACTIVA**
Clase de riesgo: 3
Porcentaje de cotización: 3.522

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10223553092314440329

Atentamente,

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP: 186.155.16.132,

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **NORMA KATHERIN ZAMORA GONZALEZ** identificado(a) con **CC** número **1.022.355.309** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 30 de septiembre de 2024 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO.**

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de octubre 2024.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

Anexo ARL

BOGOTÁ D.C., 25 DE OCTUBRE DE 2024.

SEÑORES:

FUNDACIÓN SURCOS

NIT: 900096152-8

CUENTA DE COBRO

DEBE A:

KAROL YULIETH PEREZ CARVAJAL

C.C:1070974418

La suma de **NOVECIENTOS TREINTA Y TRES MIL (933.000)** por concepto de prestación de servicios como **FORMADORA,** correspondiente al mes de **OCTUBRE** del presente año, teniendo en cuenta que inicie contrato el 17 de octubre de 2024

El desembolso correspondiente se puede realizar a la cuenta de **Bancolombia N** .37200001227 Se anexa certificado de salud pensión y arl . .

Cordialmente.,

Karol Perez

KAROL YULIETH PEREZ CARVAJAL

C.C: 1070974418

CEL: 3124091979

Recibido 6522

926.470

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

KAROL YULIETH PEREZ CARVAJAL, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.070.974.418,** se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.**

La presente certificación se expide el 17 de Octubre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

'06 3246042'

No. de Radicación (#)

Fecha de Radicación: D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

(En las instrucciones que se entregan junto al formulario podrá diligenciarlo)

1. Tipo de Planilla: A. Afiliación / B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliado: A. Independiente / Cotizante a Régimen Especial con Aportes a Riesgos Laborales / B. Cotizante / C. Independiente / D. Otro
3. Régimen: A. Contributivo / B. Subsidiado
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante / B. Cónyuge o compañero(a) permanente / C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente / B. Trabajador doméstico / C. Pensionado
Código (lo registra por la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Pava — Segundo Apellido: Quejal — Primer Nombre: Karl — Segundo Nombre: Yulieth
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1070974948
9. Sexo: Femenino [ ] Masculino [X]
10. Fecha de nacimiento: 2 4 0 5 1 9 9 5

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia: Tipo [ ] Comunidad [ ]
12. Discapacidad
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: Departamento / Municipio / Zona: Urbana [ ] Rural [ ] / Dirección (Completa) / Teléfono

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

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 (D D M M A A A A)	Datos complementarios: 29. Parentesco	30. Etnia
B1						
B2						
B3						
B4						
B5						

	31. Discapacidad: Tipo (F / N / M / I / F)	Condición	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana / Rural	Departamento	Teléfono fijo y celular	33. Valor de la UPC del plan adicional (lo registra 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 (lo registra por la EPS)
C		
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. Número o razón social: Función Juicos
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de pagador de pensiones (lo registra por la EPS)
39. Ubicación: Cra. 35 bis # 58-55 — 3208360903 — Kpinsebayn@hotmail.com — Municipio / Distrito — Departamento

VI. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad: 1. Ingreso a la EPS [ ] / 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 a la EPS [ ] Causal [ ] / 6. Reintegro a la EPS [ ] / 7. Traslado de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] / 8. Inicio de relación laboral o pago con recursos propios para [ ] / 9. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] / 10. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] / 11. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] / 12. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] / 13. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] / 14. Traslado A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] / 15. Reporte de fallecimiento [ ] / 16. Reporte de la condición de pensionado al régimen [ ] / 17. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] / 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VII. 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. Marca de validez: Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de libertad y autonomía de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Declaración de los cotizantes de afiliación al Régimen Contributivo Especial de Excepción
48. Compromiso de entrega oportuna de los soportes de forma magnética o escaneados que respalden la entrega de los documentos que soportan la condición de beneficiarios
49. Declaración de veracidad de los datos de cotizante, cónyuge o compañero(a) permanente, padres, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS valide, consulte y utilice los datos suministrados en el presente formulario y los de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS verifique y consulte los datos de identificación y 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 realice la notificación que se genere de la afiliación y del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
53. Autorización para que la EPS verifique los datos personales del cotizante, cónyuge o compañero(a) permanente, padres, beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013
54. Autorización para que la EPS envíe mensajes de texto al celular suministrado para efectos de notificación

VIII. FIRMAS

Karl Yulieth Pava

55. Firma del empleador, pagador de pensiones o representante de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

62. Anexo única del documento de identidad (Cédula de ciudadanía, Tarjeta de identidad, Registro civil, Pasaporte, Cédula de extranjería, Carné diplomático, Salvoconducto, Permiso especial de permanencia, Permiso por protección temporal, Certificado nacido vivo, Documento de identificación extranjero, Documento de identificación de menor sin identificación, Adulto sin identificación) Cantidad [ ] Total [ ]
63. Copia del documento de identidad permanente (cédula) por la autoridad competente
64. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
65. Copia de la sentencia judicial o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y sentencia judicial, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
66. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
67. Copia de la orden judicial o acta administrativa de custodia
68. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o la constancia de abstención de los padres o la declaración jurada rendida por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres
69. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
70. Declaración de voluntad ante una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
71. Copia del acta de conciliación o providencia de los alimentos mediante la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

59. Identificación de la Entidad Territorial: Código Departamento / Código Municipio
60. Datos del SISBEN: Número de la ficha / Puntaje / Nivel
61. Fecha de validación
62. Fecha de validación (D D M M A A A A)
63. Datos del funcionario que realiza la validación: Primer Apellido / Segundo Apellido / Primer Nombre / Segundo Nombre

OBSERVACIONES

Famisanar

NIT 830.003 564-7

06 3246042

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?	[ ]	[ ]
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presentá de manera clara su puesto en el ranking?	[ ]	[ ]
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del afiliado y del paciente?	[ ]	[ ]
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	[ ]	[ ]
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	[ ]	[ ]
Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	[ ]	[ ]

Firma del Afiliado:

Karol Yulieth Ruiz Carvajal

Nombres y Apellidos: Karol Yulieth Ruiz

Identificación: 1063749948

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, registrada 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 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: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar

ARL | sura

Medellín, 28 de octubre de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que KAROL YULIETH PEREZ CARVAJAL identificado(a) con cédula de ciudadanía 1070974418 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 29/10/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FUNDACION SURCOS N900096152

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C329397702430232185

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

BOGOTÁ D.C., 5 DE NOVIEMBRE DE 2024.

SEÑORES:

FUNDACIÓN SURCOS

NIT: 900096152-8

CUENTA DE COBRO

DEBE A:

KAROL YULIETH PEREZ CARVAJAL

C.C: 1070974418

La suma de **CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL (455.000)** por concepto de prestación de servicios como **FORMADORA,** turnos adicionales de los días , 09 ,11,14, 16 de octubre del presente año .

El desembolso correspondiente se puede realizar a la cuenta de **Banco bancolombia N.**.37200001227 Se anexa certificado de salud (octubre).

Cordialmente.,

Karol Perez

KAROL YULIETH PEREZ CARVAJAL

C.C: 1070974418

CEL: 3124091979

Resta 3180

Pzu 451.820

famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

06 3246042

No. de Radicación EU

Fecha de Radicación D D M M A A A A

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran antes del formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite: A. Afiliación; B. Reporte de Novedades
2. Tipo de Afiliado: A. Cotizante; B. Beneficiario; C. Adicional; D. Cabeza de Familia; E. Pensionado
3. Régimen: A. Contributivo; B. Excepción
4. Tipo de afiliado: A. Cotizante; B. Cotizante de Ingreso; C. Beneficiario
5. Tipo de cotizante: A. Dependiente; B. Independiente; C. Pensionado
Código (lo registra la EPS)

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

6. Apellidos y nombres: Primer Apellido: Rojas; Segundo Apellido: Olvajal; Primer Nombre: Karol; Segundo Nombre: Yulieth
7. Tipo de documento de identidad: CC
8. Número del documento de identidad: 1070974498
9. Sexo: Femenino X; Masculino
10. Fecha de nacimiento: 24 08 1995

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia
12. Discapacidad: Tipo; Cód.
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: Departamento; Municipio; Zona: Urbana / Rural; Dirección; Teléfono; Correo electrónico

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 D D M M A A A A
B1					
B2					
B3					
B4					
B5					

Datos complementarios

	29. Parentesco	30. Etnia
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

	31. Discapacidad: Tipo	Cód.	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona: Urbana	Rural	Departamento	Teléfono fijo con indicativo	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (lo registra 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 (lo registra por la EPS)
C		
E		
F		
G		
I		
J		

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: Fundacion Sucos
36. Tipo de documento de identificación
37. Número del documento de identificación
38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (lo registra por la EPS)
39. Ubicación: Calle 35 bis # 58-55 3208304903 karensebayo@hotmail.com
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 vinculación con la EPS
Causa
6. Reactivación 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 cooperativa
10. Terminación de la relación laboral o cooperativa o de los beneficiarios para terminar derechos
11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
13. Novedad A. Reporte Oportuno
B. Reporte Extemporáneo
14. Traslado A. Mismo Régimen
B. Diferente Régimen
15. Reporte de Fallecimiento
16. Reporte de Incapacidad
17. Reporte de la calidad de 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 retiro
Código
45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependientes económicos de los beneficiarios o afiliados adicionales
47. Declaración de la No obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
48. Declaración de no encontrarse en ninguna de las causales de pérdida de la calidad de beneficiario
49. Declaración de no encontrarse afiliado en calidad de cotizante o afiliado adicional en otra Institución Prestadora de Servicios de Salud
50. Autorización para que la EPS efectúe y mantenga todas las validaciones necesarias del cotizante y cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales
51. Autorización para que la EPS realice la consulta que se requiera de la información que reposa en la base de datos de afiliados adicionales y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
52. Autorización para que la EPS realice los actos pertinentes del cotizante y 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 realice la validación de estos documentos y efectúe tomas biométricas de ser el caso

VIII. FIRMAS

Karol Yulieth Rojas

54. Firma del cotizante, representante legal o responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio

IX. ANEXOS

55. Anexa copia del documento de identidad: CC RC TI CE PA PE CD SC
Cantidad
Total
56. Copia del documento de identidad debidamente ampliado por la autoridad competente
57. Copia del registro civil de nacimiento o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
58. Copia de la sentencia judicial 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 unión marital
59. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
60. Copia de la tarjeta profesional de abogado vigente para el caso de custodia
61. Copia del documento en que conste la patria potestad y el certificado de defunción de los padres o la declaración jurada por la cotizante sobre la ausencia de los dos padres
62. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
63. Certificación de validación de la información para realizar afiliaciones colectivas
64. Copia de la documentación que acredite el cumplimiento de las actividades complementarias en lugar donde se encuentre la afiliación de oficio

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

65. Identificación de la Entidad Territorial: Código del municipio; Código del departamento
67. Datos del SISBEN: Número de ficha; Puntaje; Área
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
OBSERVACIONES

Cuenta de cobro
FUNDACION SURCOS NIT Ne 900096152-8

DEBE A:
NOHENCY DANIELA CAYLE HINOJOSA
C.C 1007336565

La suma de CUATROCIENTOS CINCUENTA Y CINCO MIL PESOS ($455.000) por concepto de prestación de servicios como FORMADORA, correspondiente al día 17 : (turnos de 12 horas) los días 20,22,25: turnos de 24 horas)
El desembolso correspondiente se puede realizar al a la cuenta de ahorros No.24137009323, Banco caja social.

Se anexa certificado bancario, certificado de salud, pensión y ARL (octubre 2024)

Cordialmente.

NOHENCY DANIELA CAYLE HINOJOSA
1007336565

Banco Caja Social
Su banco amigo.

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

NOHENCY DANIELA CAYLE HINOJOSA Identificado con CC 1007336565

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CONTADOR, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24137009323
Fecha de apertura:	23 de Julio de 2024
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 29 de Octubre de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) NOHENCY DANIELA CAYLE HINOJOSA identificado(a) con CC 1007336565 se encuentra afiliado a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de	16/06/2023
Estado de la Afiliación:	CANCELADO
IPS:	BIENESTAR IPS S.A.S. CHAPINERO
Categoría:	SISBEN-1

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 27 días del mes de octubre del año 2024.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones
Nueva EPS S.A

ARL | sura

Medellín, 31 de octubre de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que NOHENCY DANIELA CAYLE HINOJOSA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1007336565 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 01/11/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FUNDACION SURCOS N900096152

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C329397702430552480

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá D.C 05 NOVIEMBRE 2024

Cuenta de cobro
FUNDACION SURCOS NIT Ne 900096152-8

DEBE A:
NOHENCY DANIELA CAYLE HINOJOSA
C.C 1007336565

La suma de DOCIENTOS SESENTA Y SEIS MIL SEISIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS ($266.667) por concepto de prestación de servicios como FORMADORA, desde el 28 al 31 de octubre.
El desembolso correspondiente se puede realizar al a la cuenta de ahorros No.24137009323, Banco caja social.

Se anexa certificado bancario, certificado de salud, pensión y ARL (octubre 2024)

Cordialmente,

NOHENCY DANIELA CAYLE HINOJOSA
C.C 1007336565 ARAUCA

Nelson 1864

P20-264805

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

NOHENCY DANIELA CAYLE HINOJOSA Identificado con CC 1007336565

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina CONTADOR, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24137009323
Fecha de apertura:	23 de Julio de 2024
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 29 de Octubre de 2024.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **CAYLE HINOJOSA NOHENCY DANIELA** identificado(a) con **CC** número **1.007.336.565** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 26 de agosto de 2022 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 31 de octubre de 2024.

Cordialmente,

Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**
Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**
www.proteccion.com

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Código Único Nacional para Operaciones y Bitácoras al Régimen Subsidiado

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900 156 264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CAYLE	HINOJOSA	NOHENCY	DANIELA

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.007.336.565	X	23 11 1999

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
BOGOTA	CUNDINAMARCA	

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
322 3417901	cayledaniela3@gmail.com	

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O ENTES APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

9. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	10. Tipo documento de identidad	11. Número / Documento de identidad	12. Dígito de verificación	13. Tipo de aportante	14. Régimen
FUNDACIÓN SURCOS		900096152-8			

15. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CALLE 49SUR CON 91	BOGOTA	CUNDINAMARCA

16. TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
	315 8758936	thumanosurcos@gmail.com

FECHA INICIO DE VINCULACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
28 10 2024	FORMADORA DE VIDA	$2'100.000

IV. FIRMAS

Nohency Daniela Cayle

24. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

25. Firma y sello del empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD
Código Único Nacional para Operaciones y Bitácoras al Régimen Subsidiado

SOPORTE DE NOVEDADES DE REINGRESOS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT 900 156 264-2

CÓDIGO ASESOR Y/O PROMOTOR

AFILIACIÓN

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CAYLE	HINOJOSA	NOHENCY	DANIELA

2. TIPO DOCUMENTO	3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD	4. SEXO	5. FECHA NACIMIENTO
X	1.007.336.565	X	23 11 19

II. DATOS COMPLEMENTARIOS

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	TELÉFONO
BOGOTA	CUNDINAMARCA	

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS
322 3417901	cayledaniela3@gmail.com	

III. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR O ENTES APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

9. NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	10. Tipo documento de identidad	11. Número / Documento de identidad	12. Dígito de verificación	13. Tipo de aportante	14. Régimen
FUNDACIÓN SURCOS		900096152-8			

15. UBICACIÓN O DIRECCIÓN	CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CALLE 49SUR CON 91	BOGOTA	CUNDINAMARCA

16. TELÉFONO FIJO	TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO
	315 8758936	thumanosurcos@gmail.com

FECHA INICIO DE VINCULACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
28 10 2024	FORMADORA DE VIDA	$2'100.000

IV. FIRMAS

Nohency Daniela Cayle

24. Firma del cotizante, cabeza de familia o beneficiario

25. Firma y sello del empleador, apoderado o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio y/o independiente por prestación de servicio

ARL | sura

Medellín, 31 de octubre de 2024

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que NOHENCY DANIELA CAYLE HINOJOSA identificado(a) con cédula de ciudadanía 1007336565 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 01/11/2024 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FUNDACION SURCOS N900096152

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

CENTRO DE TRABAJO: 0000000001 - TRABAJADORES INDEPENDIENTES

CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3861001 - ACTIVIDADES DE HOSPITALES Y CLÍNICAS, CON INTERNACIÓN, COMPRENDE LAS ACTIVIDADES QUE CONSISTEN PRINCIPALMENTE EN LABORATORIO CLÍNICO, ENDOSCOPIA, PATOLOGÍA ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS LA ATENCIÓN DE PACIENTES INTERNOS, QUE SE REALIZA BAJO LA SUPERVISIÓN DIRECTA DE MÉDICOS Y ABARCA: LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA A PACIENTES INTERNOS EN HOSPITALES CUANDO SE PRESTA POR PROFESIONALES VINCULADOS A LA INSTITUCIÓN DE INTERNACIÓN; EL SERVICIO DE PERSONAL MÉDICO GENERAL Y ESPECIALIZADO Y PARAMÉDICO EN: SERVICIO DE COMPLEMENTACIÓN TERAPÉUTICA: REHABILITACIÓN (POR TERAPISTAS), OPTOMETRÍA, PSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, FONOAUDIOLOGÍA, ETC, CUANDO SE PRESTAN A PACIENTES INTERNOS; SERVICIOS DE URGENCIAS SERVICIOS DE QUIRÓFANOS, SERVICIOS DE FARMACIA, SERVICIOS DE COMIDA A PACIENTES INTERNOS Y OTROS SERVICIOS HOSPITALARIOS; SERVICIOS DE CENTROS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR QUE PROPORCIONAN TRATAMIENTO MÉDICO TALES COMO ESTERILIZACIÓN E INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, CUANDO SE REALIZAN CON INTERNACIÓN

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3861001

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2.436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:
C329397702430552480

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, Noviembre de 2024

Cuenta de cobro

FUNDACION SURCOS NIT No 900096152-8

DEBE A:
PAULA CATALINA DAZA VALCÁRCEL C.C 1233912570

La suma de OCHENTA Y UN MIL DOSCIENTOS CINCUENTA PESOS ($81.250) por concepto de prestación de servicios como FORMADORA DE VIDA, correspondiente al turno del día 08 de OCTUBRE del presente año, en horario de 4pm a 7 am del 9 de OCTUBRE, se adjunta certificado de EPS. El desembolso correspondiente se puede realizar a la cuenta NEQUI 3133553754.

Cordialmente:

Paula Catalina Daza Valcárcel

PAULA CATALINA DAZA
VALCÁRCEL CC 1233912570

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	1233912570
NOMBRES	PAULA CATALINA
APELLIDOS	DAZA VALCARCEL
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	EPS FAMISANAR S.A.S.	CONTRIBUTIVO	02/11/2000	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	11/14/2024 15:16:25	**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