

FEB 25 2025 08:37:14 RBMDES10.5
CORRESPONSAL
CENTRO DE SERVICIOS EL
CR 116A 81-21 PSO 2

BANCO DE BOGOTA

C. UNICO: 0016380321
V. ELECTRON
**0123
RECAUDO

TER: 9A08Z421
Cc
RRN: 307519
APRO: 296757

SERVICIO: 0000001130
FACTURA: 0000000004592295461

**** PAGO FACTURA ****
TRANSACCION EXITOSA

RECAUDO \$ 596.700

*** CLIENTE ***
MAYOR INFORMACION EN LA LINEA
NACIONAL: 01 8000518877

FEB 25 2025 - 08:37:04
CORRESPONSAL
CENTRO DE SERVICIOS EL
CR 116A 81-21 PSO 2
BANCO DE BOGOTA

SERVICIO: 0000001130
FACTURA: 0000000004592295461
VALOR: \$ 596.700
TOTAL: \$ 596.700

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES SOPORTE DE PAGO GENERAL

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | | DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|--|---|--|---|---|--|--------------------------------|--|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: CIUDAD/MUNICIPIO: DIRECCIÓN: TIPO APORTANTE: TIPO EMPRESA: FORMA DE PRESENTACIÓN: APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | CÉDULA DE CIUDADANÍA BOGOTA DISTRITO CAPITAL CALLE 78D 110 22 02-INDEPENDIENTE PRIVADA ÚNICO | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 52853598 DEPARTAMENTO: BOGOTA - DISTRITO CAPITAL TELÉFONO: 2111111 CLASE APORTANTE: I-INDEPENDIENTE ACTIVIDAD ECONOMICA: Otros trabajos de edición. | 52853598 ALICIA FERNANDA ROA ARIZA 2111111 I-INDEPENDIENTE Otros trabajos de edición. NO | NÚMERO PLANILLA: 4592295461 PERIODO COTIZACIÓN OTROS MES enero AÑO 2025 DÍAS DE MORA: 1 FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2025/02/25 | TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES 2025 PERIODO COTIZACIÓN SALUD: MES enero AÑO | NÚMERO AUTORIZACIÓN: 307519 | |

| TOTAL APORTES A PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--------------------|----------------|------------|---------------------|-----------|-------------|--------------|------------|------|-------------------|---------------|-------------|-------------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | \$ 328.600 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 300 | \$ 0 | \$ 328.600 | \$ 300 | \$ 0 | \$ 328.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 328.600 | \$ 300 | \$ 0 | \$ 328.900 |

| TOTAL APORTES A SALUD | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|---------------------|----------------|----------------------------|-------|---------------------|-------|---------------|------------|-------------|-------------------|---------------|-------------|-------------|-------------------|------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | APORTES | MORA | DESCUENTO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 256.700 | \$ 0 | \$ 200 | \$ 0 | \$ 256.700 | \$ 200 | \$ 0 | \$ 256.900 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 256.700 | \$ 200 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 256.900 | |

| TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|---|----------------|---------------------|-------|----------------------|----------|-------------|------------|---------|------------------|---------------|--------------|------------------|
| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | |
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO | |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 10.800 | \$ 10.800 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 10.900 | |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | \$ 10.800 | \$ 100 | \$ 0 | \$ 10.900 |

| LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|----------------|---------------------------|--|-------------------|----------------|-----------------|------------|------------|--------------------|-----|-----|-----|-----|------------------|-------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|--------------|-----|--------------------|----------|-----------|------------|--------------|-------------|-----------|----------|---------------------------|--------------|---------------------|----------|-----------|------------|-------------|--------------|---|----------|-----------|-------------------|--------------|----------|------|------|------|------|------|--------|------|------|
| DATOS DEL COTIZANTE | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | SALUD | | | | | ARP | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VALOR ADRES | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | CCF | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU | | |
| 1 | CC 52853598 | ROA ARIZA ALICIA FERNANDA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | \$ 1.423.500 | | | | NO | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | 2.053.284 | \$ 328.600 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | Normal | \$ 328.600 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | 2.053.284 | \$ 256.700 | \$ 0 | \$ 256.700 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | 2.053.284 | \$ 10.800 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 | \$ 0 |

TOTAL \$ 596.700



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

Que **Alicia Fernanda Roa Ariza**, identificado(a) con **CC** número **52853598**, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 52853598 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Alicia Fernanda Roa Ariza |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 18/10/1980 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/11/2019 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 35 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 27 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/03/2024 |
| NIVEL SISBEN | 2 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

CEDULA DE CIUDADANIA 52853598 ALICIA FERNANDA ROA
ARIZA Desde 18/03/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA
52853598 ALICIA FERNANDA ROA ARIZA Desde 27/09/2022
Hasta 29/02/2024

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR

La **EPS SANITAS** en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS **SANITAS**,

CERTIFICA

| | |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1000338395 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Samuell Fernando Manzano Roa |
| TIPO DE AFILIADO | Beneficiario |
| PARENTESCO | Hijo(A) |
| FECHA DE NACIMIENTO | 11/11/2003 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/11/2019 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 35 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 27 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 01/03/2024 |
| NIVEL SISBEN | 2 |

Generado por interfaces

24/02/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **ALICIA FERNANDA ROA ARIZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **52853598**, se encuentra afiliado/a desde **01/02/2010** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 24 de febrero de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ALICIA FERNANDA ROA ARIZA** identificado con **CC No. 52853598**, registra la siguiente información.

| Datos del Contratante | Datos de la Relación Laboral |
|---|---|
| SECRETARIA DISTRITAL DE INTEGRACION SOCIAL - NI. 899999061 | Fecha de inicio de cobertura: 18/12/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de inicio de Contrato: 18/12/2024 Fecha fin de Contrato: 17/03/2025 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE Clase de Riesgo: 1 |

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012830718.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 24 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.**

Positiva Compañía de Seguros S.A.
Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502.
Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva.
Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS