ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1
PROGRAMA DIMF KENNEDY
CONTRATO 11007062025

TALENTO HUMANO

FASE PREPARATORIA

FEBRERO 2025

CONTRATO

EIH

KENNEDY

11007062025

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

Asociacion Profesionales de Colombia
830.107.985-1
Relacion de gastos
Eih Kennedy
Talento Humano Contrato 11007062025
Mes Febrero 2025 Fase Preparatoria

PROVEEDOR	TIPO DE IDENTIFICACION	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN PROVEEDOR	CARGO	SOPORTE	DESCRIPCION SOPORTE	COPROBANTE DE EGRESO	RUBRO	VALOR TOTAL EJECUTADO	RETE ICA 9,66%	VALOR TOTAL PAGADO
Emilce Rojas Aguilar	Cc	52.278.676	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 273.390	$ 2.641	$ 270.749
Maryory Johanna Mayoral Cerquera	Cc	52.517.201	Coordinadora	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 273.390	$ 2.641	$ 270.749
Joselito Rodriguez Galeano	Cc	1.116.916.542	Agente Educativo Perfil 1	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 178.067	$ 1.720	$ 176.347
Kelly Jeane Garcia Jimenez	Cc	53.050.406	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 98.928	$ 956	$ 97.972
Yuri Alexandra Garcia Avila	Cc	1.032.378.513	Profesional Psicosocial	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 98.928	$ 956	$ 97.972
Johanna Andrea Contreras Marin	Cc	53.077.091	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 98.928	$ 956	$ 97.972
Laura Sofia Alarcon Arbelaez	Cc	1.000.794.222	Nutricionista	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 98.928	$ 956	$ 97.972
Luz Marina Diaz Corredor	Cc	51.746.897	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 80.590	$ 778	$ 79.812
Nicol Alejandra Barrero Vasquez	Cc	1.233.489.641	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 80.590	$ 778	$ 79.812
Sooner Susana Chaves Rodriguez	Cc	52.847.653	Apoyo Pedagogico	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 80.590	$ 778	$ 79.812
Carlos Lugo Gomez	Cc	1.023.963.411	Auxiliar Administrativa	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 174.611	$ 1.687	$ 172.924
Luz Adriana Rocha Almanza	Cc	1.098.619.826	Auxiliar Administrativa	Documento Soporte	Cuenta de Cobro		Talento Humano	$ 174.611	$ 1.687	$ 172.924
									$ -	$ -
TOTAL								**$ 1.711.551**	**$ 16.534**	**$ 1.695.017**

PRESUPUESTO $ 25.685.563
DIFERENCIA $ 23.974.012

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: EMILCE ROJAS AGUILAR
CEDULA: 52.278.676
CUENTA BANCARIA: 3213231356 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($273.390) DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: COORDINADORA – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia - Triunfadoras del contrato N. 11007062025

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($273.390) Doscientos setenta y tres mil trescientos noventa pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Eliana Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: EMILCE ROJAS AGUILAR
C.C. 52.278.676
DR. Cra. 73D #35 C 17 sur
Telefono: 3213231356 / emilcerojasts@gmail.com

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141158216713

(415)7707212489984(8020) 000014115821671 3

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52278676

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
73 D 35 C SUR 17 BRR KENNEDY

42. Correo electrónico coordinacionapcabraham@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1. Código

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 28-01-2025 05:25:19PM

DOCUMENTO SIN COSTO
LEGIBILIDAD POR

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que EMILCE ROJAS AGUILAR, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 52278676, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3213231356.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 27 días de Febrero del año 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22510510

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 26/12/2025 | Sello asesor

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. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	Si [ ] No [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]	59

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres: Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Rojas	Aguilar	Emilce	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	15. Fecha de nacimiento
CC	52278676	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	D 5 M 01 A A A A

13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio
Colombiano	Colombia	Cundinamarca	Bogotá

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
		Si [ ] No [X] Categoría de discapacidad	Si [X] No [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]		SURA

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia: Dirección	Departamento
Porvenir			Cl 45 Sur # 16A 23 E	Bogotá

Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	Municipio/Distrito	Localidad/Comuna	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural
	3213231356	emilcerojest.sa@gmail.com	Bogotá	Sin información	[X]	[ ]	[ ]	[ ]

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	34. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	D D M M A A A A

32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico: Femenino	Masculino	40. Sexo Identificación: F	M	T	NB	Otro	Cuál?	41. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	42. Fecha de nacimiento: D D M M A A A A
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

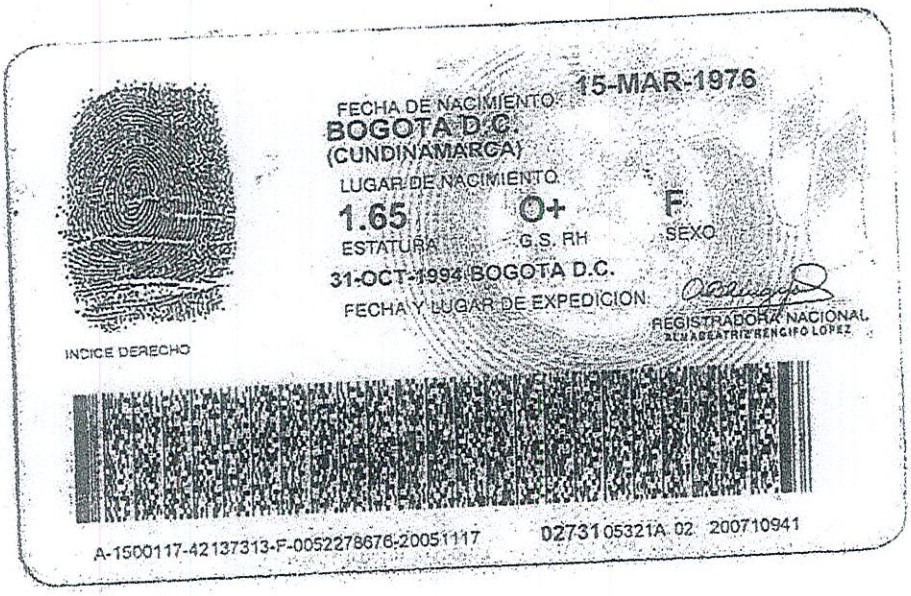
	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN: SI	NO	48. Clasificación SISBÉN: Nivel	Grupo	49. Discapacidad: SI	NO	Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente: SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Localidad/Comuna | Correo Electrónico



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
52.278.676
NUMERO
ROJAS AGUILAR
APELLIDOS
EMILCE
NOMBRES
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 15-MAR-1976
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65
ESTATURA
O+
G.S. RH
F
SEXO
31-OCT-1994 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ
INDICE DERECHO
A-1500117-42137313-F-0052278676-20051117 02731 05321A 02 200710941

Powered by CamScanner
Powered by CamScanner
Powered by CamScanner

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA
CEDULA: 52.517.201
CUENTA BANCARIA: 3197054399 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($273.390) DOSCIENTOS SETENTA Y TRES MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: COORDINADORA – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas Periodistas del contrato N. 11007062025

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($273.390) Doscientos setenta y tres mil trescientos noventa pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Eliana Moreno Vargas
Coordinadora
C.C. 52.357.450

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Johanna Mayoral

NOMBRE: MARYORY JOHANNA MAYORAL CERQUERA
C.C. 52.517.201
DR. Cll. 58a sur #66-39
Telefono: 3155573028 / johannamayoralc0@gmail.com

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141040272747

(415)7707212489984(8020) 000014104027274 7

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
MAYORAL	CERQUERA	MARYORY	JOHANNA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 58 A SUR 66 39 AP 303 BL 3 BRR MADELENA

42. Correo electrónico: johannamayoral@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores			
54. Código	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1 2 3
			57. Modo	
			58. CPC	

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MAYORAL CERQUERA MARYORY JOHANNA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 13-02-2025 08:23:04PM

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que IRENE CERQUERA, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 35491470, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3197054399.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 26 días de Febrero del año 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22492311

Bogotá, febrero 2025

Señores
Asociación de Profesionales Colombia

Respetados señores,

Yo, Maryory Johanna Mayoral Cerquera, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 52.517.201, Expedida en la ciudad de Bogotá, en calidad de contratista de la Asociación de Profesionales de Colombia, me permito autorizar de manera expresa y voluntaria que mis honorarios correspondientes al contrato de prestación de servicios vigente 2025, sean consignados en la cuenta **Daviplata** de mi madre Irene Cerquera, identificada con Cédula de Ciudadanía No. 35491470, con número de cuenta 3197054399.

Esta autorización se realiza por razones personales. Me comprometo a asumir cualquier responsabilidad derivada de esta autorización, exonerando a la Asociación de Profesionales de Colombia de cualquier reclamación futura relacionada con la consignación de mis pagos en la cuenta indicada.

Agradezco su gestión y colaboración en este proceso.

Atentamente,

Johanna Mayoral

Maryory Johanna Mayoral Cerquera

C.C. N° 52.517.201



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

35.491.470

NUMERO
CERQUERA

APELLIDOS
IRENE

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1957
FLORENCIA
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
18-JUN-1979 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00243611-F-0035491470-20100706 0022594936A 1 5020393508

compensar | salud eps

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

No. de Radicación | Fecha de Radicación: 14022025

compensar 14 FEB 2025 Cod. 65 Unidad Movil Cuidame Barranca

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. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado:	6. Tipo de cotizante:	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ]	A. Individual [ ]	B. Colectiva [ ]	A. Contributivo [X]	SI [ ]	A. Cotizante [X]	A. Dependiente [ ]	59
B. Reporte de Novedades [X]	• Cotizante o cabeza de Familia [X]	C. Institucional [ ]	B. Subsidiado [ ]	No [ ]	B. Cabeza de familia [ ]	B. Independiente [X]	
	• Beneficiario o afiliado adicional [ ]	D. De oficio [ ]			C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	C. Pensionado [ ]	

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: Mayoral	Segundo Apellido: Cervantes	Primer Nombre: Mariadelcarmen	Segundo Nombre: Johanna

9. Tipo de documento de identidad	10. Número de documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	14. Lugar de nacimiento			15. Fecha de nacimiento
[ ]	52517201	Femenino [X] Masculino [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?	Colombiana	Colombia	Bogotá	Bogotá	02 M 12 1980

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI [ ] No [X]	Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL
Si [X] No [ ]	Nivel [ ] Grupo 21		Sura

23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia
Colpensiones	1423500		CL 58 A Sur 66c 39

Teléfono	Correo electrónico	Departamento
3155543028	Johannamayoralc@gmail.com	Bogotá D.C.

Municipio / Distrito	Ciudad	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural Disperso	Resto Rural
Bogotá D.C.	Bogotá	[X]	[ ]	[ ]	[ ]

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número de documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
[ ]		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

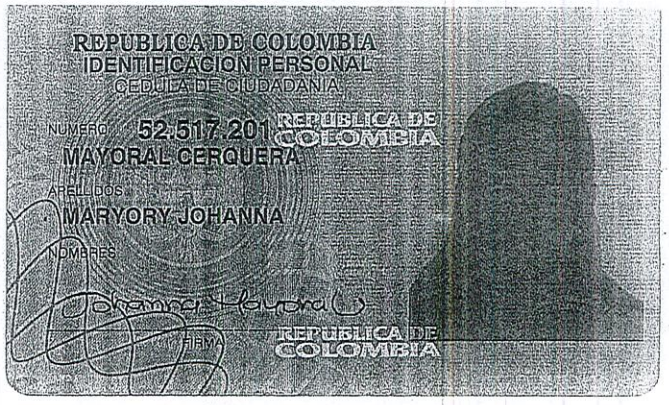
Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia								52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			

Powered by CamScanner


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 52.517.201
MAYORAL CERQUERA
APELLIDOS
MARYORY JOHANNA
NOMBRES
FIRMA
REPUBLICA DE COLOMBIA
REPUBLICA DE COLOMBIA


FECHA DE NACIMIENTO 02-DIC-1980
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60
ESTATURA
A-
G.S. RH
F
SEXO
08-FEB-1999 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO
A-1500150-00423247-F-0052517201-20130130 0032251757A 1342198777
REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
CEDULA: 1.116.916.542
CUENTA BANCARIA: 3214862534 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($178.067) CIENTO SETENTA Y OCHO MIL SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: AGENTE EDUCATIVO – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11007062025

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($178.067) Ciento setenta y ocho mil sesenta y siete pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOSELITO RODRIGUEZ GALEANO
C.C. 1.116.916.542
DR. CL 27 BIS SUR NO 12 K 27 PI 1 GUSTAVO RESTREPO
Telefono: 3214862534 / Joselito.198863@gmail.com

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14805132968

(415)7707212489984(8020) 000001480513296 8

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición / 28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caquetá 1 8	El Doncello 2 4 7

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
RODRIGUEZ	GALEANO	JOSELITO	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 97 SUR 4 A 06 CA BRR VIRREY SUR

42. Correo electrónico: joselito.198863@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2022 - 01 - 20 / 16 : 00: 04

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre RODRIGUEZ GALEANO JOSELITO

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 17-01-2024 05:16:21PM

DOCUMENTO GENERADO SIN COSTO

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que JOSELITO RODRIGUEZ GA, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 1116916542, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3214862534.

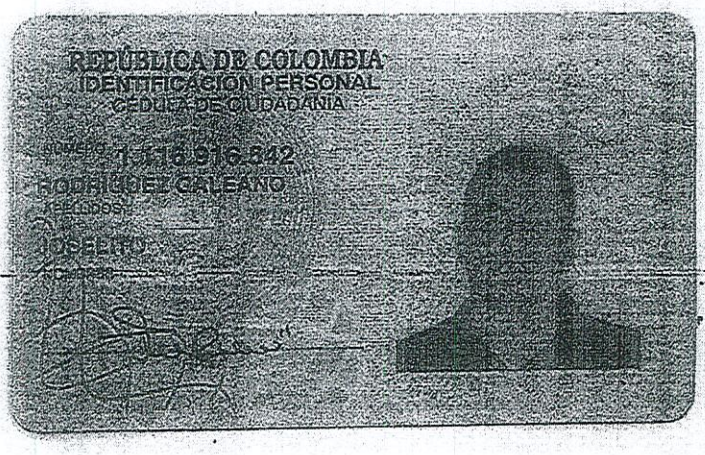
A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 10 días de Febrero del año 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
WWW.SUPERFINANCIERA.GOV.CO

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22194101


REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 1.116.916.842
RODRIGUEZ CALEANO
APELLIDOS
NOMBRES


FECHA DE NACIMIENTO 16-SEP-1988
EL DONCELLO
(CAQUETA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.78
O+
M
ESTATURA
G.S. RH
SEXO
11-MAY-2007 EL DONCELLO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
INDICE DERECHO
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
A-1500150-00875821-M-1116916542-20170105
0053019527A 2
1284208189

01B 19623469

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario AJ642

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]
2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectivo [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]
3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]
4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]
5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]
6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ]
7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

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

8. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO: Rodriguez | SEGUNDO APELLIDO: Galeano | PRIMER NOMBRE: Joselito | SEGUNDO NOMBRE:
9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: [X]
10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1116916542
11. SEXO BIOLÓGICO: F [X] M [ ]
12. SEXO IDENTIFICACIÓN: [X] Cual?
13. NACIONALIDAD: Colombiano
14. LUGAR DE NACIMIENTO: Colombia | Caqueta | El Doncello
15. FECHA NACIMIENTO: 16 09 1988

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA: 06
17. COMUNIDAD INDÍGENA:
18. DISCAPACIDAD: SI [ ] NO [X] | CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD:
19. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI [ ] NO [X]
20. CLASIFICACIÓN SISBEN | NIVEL | GRUPO
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL
22. ARL: SURA
23. AFP:
24. EPS: Famisanar
25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
26. RESIDENCIA
DIRECCIÓN: Cll 27 B Bis # 12K-27
TELÉFONO FIJO:
TELÉFONO CELULAR: 3148625341
CORREO ELECTRÓNICO: joselito.19886@gmail.com
DEPARTAMENTO: Bogotá
MUNICIPIO/ DISTRITO: Bogotá
LOCALIDAD/COMUNA:
ZONA: CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO [ ]
IPS:

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

27. APELLIDOS Y NOMBRES
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD
30. SEXO BIOLÓGICO: F [ ] M [ ]
31. SEXO IDENTIFICACIÓN: Cual?
32. NACIONALIDAD
33. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO
34. FECHA NACIMIENTO

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

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO: PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO: DÍA	MES	AÑO
21												
22												
23												
24												
25												

Datos complementarios del Beneficiario	43. TIPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBEN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBEN: NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD: SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD PERMANENTE: SI	NO	51. Datos de residencia: DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA: CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO
21				I. II.												
22				I. II.												
23				I. II.												
24				I. II.												
25				I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A DILIGENCIAR POR LA EPS)
21							
22							
23							
24							
25							

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

55. Nombre o razón social
56. Tipo documento de identificación
57. Número del documento de identificación
58. Tipo de aportante o cotizante (A diligenciar por la EPS)
59. Ubicación: PAÍS | DEPARTAMENTO | MUNICIPIO | DIRECCIÓN

VI. REPORTE DE NOVEDADES

60. TIPO DE NOVEDAD
1 ACTUALIZACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2 CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3 ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4 ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5 TERMINACIÓN DE LA AFILIACIÓN EN LA EPS Código ____ [ ]
6 REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código ____ [ ]
7 INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS Y/O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8 EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS Y/O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR [X]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO [X]
15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN [ ]
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA [ ]

VII. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
PRIMER APELLIDO: Rodriguez | SEGUNDO APELLIDO: Galeano | PRIMER NOMBRE: Joselito | SEGUNDO NOMBRE:
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: X
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1116916542
62. SEXO BIOLÓGICO: X
63. SEXO IDENTIFICACIÓN: [X] Cual?
64. FECHA NACIMIENTO: 16 09 88
65. EPS ANTERIOR
66. FECHA DE NOVEDAD: 26 02 25
67. MOTIVO DE TRASLADO Código
68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VIII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acrediten la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad
72. Declaración de no afiliación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
73. Autorización para que la EPS consulte y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran
75. Autorización para que la EPS realice el manejo de 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.
76. Autorización para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos
77. Autorización expresa para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios establecidos, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE).
78. Autorización para que la EPS me contacte sus fines relacionados con el Sistema General de Seguridad Social en Salud.
79. Autorización de los datos sobre su vinculación a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
80. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente

IX. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

81. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE | SEGUNDO NOMBRE
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD | NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

X. FIRMAS

80. El cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional
81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

XI. ANEXOS

82. Anexo tipo de documento de identidad: CN [ ] NC [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ]
Cantidad
Total [ ]

83. Copia del documento de identidad del menor emitido por la autoridad competente
84. Copia del documento de identidad o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
85. Copia de la sentencia judicial o conciliación judicial que declare la separación de cuerpos y sociedad o patrimonial, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital
86. Copia del certificado de defunción o acta de entrega del menor
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
88. Documento en el que conste la petición de la persona de identidad reservada y copia del documento de identidad del peticionario
89. Copia de la autorización de la unidad para la atención y reparación integral a las víctimas - Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, y la Resolución 0 1 7 3 de Diciembre 7 de 2016
90. Copia de la autorización de la unidad para la atención y reparación integral a las víctimas - Unidad para la Atención y Reparación Integral a las Víctimas, y la Resolución 0 1 7 3 de Diciembre 7 de 2016
91. Certificado de afiliación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
92. Copia del acta de conciliación o sentencia judicial en la que conste la custodia temporal o definitiva o de cualquier otra medida que determine la afiliación de oficio

Total Anexos [ ]

XII. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD Tterritorial Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

91. JURISDICCIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL | Código del departamento | Código del municipio
93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XIII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN

Ciudad: BOGOTÁ D.C **Mes: FEBRERO** **Día: 28** **Año: 2025**

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: KELLY JEANE GARCIA JIMENEZ
CEDULA: 53.050.406
CUENTA BANCARIA: 3132475292 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($98.928) NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11007062025

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($98.928) Noventa y ocho mil novecientos veintiocho pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Kelly Jeane Garcia

NOMBRE: KELLY JEANE GARCIA JIMENEZ
C.C. 53.050.406
DR. Calle 40 a sur #50a 66
Teléfono: 3132475292 / kellyjanegj@gmail.com

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141165245002

(415)7707212489984(8020) 000014116524500 2

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
GARCIA	JIMENEZ	KELLY	JEANE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 13 ESTE 36 G 30

42. Correo electrónico: kellyjanegj@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código: 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GARCIA JIMENEZ KELLY JEANE

985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que KELLY GARCIA, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 53050406, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3132475292.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 11 días de Febrero del año 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22196938

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	53050406	KELLY JEANE GARCIA JIMENEZ	CALLE 32 A # 33 A 28 Sur	3132475292	KELLYJANEGJ@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	
2025-02	2025-02	I	26/02/2025	84268562	$405.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	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	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
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	405.800	405.800

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	53050406	KELLY JEANE GARCIA JIMENEZ	CALLE 32 A # 33 A 28 Sur	3132475292	KELLYJANEGJ@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
2025-02	2025-02	I	26/02/2025	84268562	TOTAL A PAGAR	
					$405.800	

TALLE 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	INC	ELIT	TDE	TAE	TDP	TAP	VTP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VST	IRL	CORRECCION	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	53050406	GARCIA JIMENEZ KELLY JEANE	3	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000		0		0		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **53.050.406**

GARCIA JIMENEZ

APELLIDOS

KELLY JEANE

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-SEP-1983**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

A+ G.S. RH

F SEXO

26-NOV-2001 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01163953-F-0053050406-20200923 0071846231A 1 9913151765

REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
CEDULA: 1.032.378.513
CUENTA BANCARIA: 3007603642 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($98.928) NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTIOCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: PROFESIONAL DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia – Triunfadoras del contrato N. 11007062025

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($98.928) Noventa y ocho mil novecientos veintiocho pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: YURI ALEXANDRA GARCIA AVILA
C.C. 1.032.378.513
DR. Cra. 70B 05B 06
Teléfono: 3186669533 / alexandrapsicosocial03@gmail.com

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141161110958

(415)7707212489984(8020) 000014116111095 8

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico alexandrapsicosocial@gmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma 56. Tipo

Servicio	1	2	3
57. Modo			
58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre GARCIA AVILA YURI ALEXANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-02-2025 06:00:04PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que YURI ALEXANDRA GARCIA, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 1032378513, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3007603642.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 27 días de Febrero del año 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22506722

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación 26022025

1 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. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación	A. Individual Cotizante o cabeza de familia X	A. Contributivo X	SI	A. Cotizante X	A. Dependiente	
B. Reporte de Novedades X	Beneficiario o afiliado adicional	B. Subsidiado	NO X	B. Cabeza de familia	B. Independiente X	
	B. Colectivo	C. Excepción		C. Beneficiario	C. Pensionado	
	C. Institucional			D. Afiliado adicional		
	D. De oficio					

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
García	Avila	Yuri	Alexandra

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1032378513	Femenino X Masculino	Femenino X Masculino	Colombia

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bogotá	Colombia	Cundinamarca	Bogotá	19 12 19 86

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI NO X		SI X NO	Nivel 3 Grupo 4	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
sura	colpensiones.	1'423.500	

26. Residencia					
C170B05B06	3003679646	3186669533	alexandrapsicoacad03@gmail.com		
Cundinamarca	Bogotá	Kennedy	Cabecera Municipal X	Rural Disperso	Resto Rural

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

27. Apellidos y nombres				

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	Femenino Masculino	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento

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

Famisanar
Johana Macias
Cel: 314 434 0550

	35. Apellidos y nombres	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

51. Datos de residencia								52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
	Departamento	Municipio / Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Powered by CamScanner

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS: Cafam

54. Código de la IPS (a registrar por la EPS):

C
B1
B2
B3
B4
B5

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE. DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Yuri Alexandra Gaona Avila	CC	1032378513	

59. Ubicación: Cl 70 B 05 B 06 | 3166869533 | alexandrapsicologa03@gmail.com | Cundinamarca | Bogotá

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS reingreso al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 15. Traslado A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGUN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior

66. Fecha de novedad: 26022025

67. Motivo de traslado (Código):

68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo. Especial o de Excepción
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios
72. Declaración de no internación del cotizante cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud
73. 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
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones lo requieran
75. 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
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria según la encuesta del Sisbén vigente

98-8222

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres				
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
Tipo de documento de identidad		Número del documento de identidad		

IX. FIRMAS

Yuri Alexandra Gaona Avila.

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad: [CN] [RC] [TI] [X] [PA] [CE] [CD] [SC] TOTAL ANEXOS: 1

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital
85. 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
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor
87. Copia del certificado de adopción o del acto administrativo de custodia
88. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
91. 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

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio: | Código del departamento:

93. Nombre de la institución:

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPOINSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. Fecha de radicación (D D M M A A A A)	97. Fecha de validación (D D M M A A A A)	OBSERVACIONES

Johana Lucas 4595
Independiente

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

Powered by CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.032.378.513
GARCIA AVILA
APELLIDOS
YURI ALEXANDRA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-DIC-1986
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
17-ENE-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

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

...ESTADO CIVIL

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN
CEDULA: 53.077.091
CUENTA BANCARIA: 3214207614 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($98.928) NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTI OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: PROFESIONAL DE NUTRICION – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del contrato N. 11007062025

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($98.928) Noventa y ocho mil novecientos veinti ocho pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

NOMBRE: JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN
C.C. 53.077.091
DR. Cra. 96 C #22H - 30
Telefono: 3214207614/ andreaco85@gmail.com

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141161697228

(415)7707212489984(8020) 000014116169722 8

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 96 C 22 H 30

42. Correo electrónico	43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
andreco85@gmail.com		6 0 1 7 3 5 6 4 6 3	3 2 1 4 2 0 7 6 1 4

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 5	4 9																								

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros																				Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código																						57. Modo			
																						58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 12-02-2025 06:09:06PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que JOHANNA ANDREA CONTRER, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 53077091, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3214207614.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 12 días de Febrero del año 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22234668

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	53077091	JOHANNA ANDREA CONTRERAS MARIN	calle 2 No 92 D-30 Torre 39 Apto101	4711217	andreco85@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÀ 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	
2025-01	2025-01	I	17/02/2025	83515455	$737.300	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	292.200	0		0		0	0	0	0	292.200	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	374.000	0	0	0	0	0	0		374.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-1-1	ARL SURA	800903790-5	57.000				57.000	0	0	57.000			570	57.000	1

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

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	292.200	292.200
Pensión	1	374.000	374.000
Riesgos Laborales	1	57.000	57.000
CCF	1	14.100	14.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	737.300	737.300

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

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-01	2025-01	I	17/02/2025	83615455	$737.300	

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	Dictamen	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	53077091	CONTRERAS MARIN JOHANNA ANDREA	59	0			N																	230501	2,337,200	574,000	0	0	0	0	EPS008	2,337,200	292,200	14-11	2,337,200	3	57,000	CCF24	2,337,200	14,100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 53.077.091
CONTRERAS MARIN

APELLIDOS

JOHANNA ANDREA

NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 10-NOV-1985

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

14-NOV-2003 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

NUIP DE PERES-S

A-1500150-00804317-F-0053077091-20160323 0049040819A 1 1713838842

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
CEDULA: 1.000.794.222
CUENTA BANCARIA: 008600775848 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($98.928) NOVENTA Y OCHO MIL NOVECIENTOS VEINTI OCHO PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: PROFESIONAL DE NUTRICION – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11007062025

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($98.928) Noventa y ocho mil novecientos veintiocho pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Sofia Alarcon

NOMBRE: LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ
C.C. 1.000.794.222
DR. AV. Calle 63 #73a - 31
Telefono: 3052355371/ sofialarbl@gmail.com

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982396574

(415)7707212489984(8020) 000001498239657 4

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1000794222	

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALARCON	ARBELAEZ	LAURA	SOFIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
AC 63 # 73 A - 31 AP 601 TO A

42. Correo electrónico lalarconarbelaez@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1 3 0 5 2 3 5 5 3 7 1

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 2 2 4 9

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20	55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ALARCON ARBELAEZ LAURA SOFIA

985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 12-02-2025 04:04:03PM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

12/02/2025

BOGOTA D.C.,
DISTRITO
CAPITAL,
COLOMBIA,
A quién interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1000794222**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**008600775848**
Fecha de apertura	**28/12/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

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	1000794222	LAURA SOFIA ALARCON ARBELAEZ	Av cll 63 # 73 a 31 apto 601 trr A	3052355371	lalarconarbelaez@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	
2025-02	2025-02	I	03/03/2025	84388857	$413.300	

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					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS

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

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	413.300	413.300

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

Banco de Bogotá

Comprobante de compra y pagos virtuales PSE

Pago exitoso

Número de autorización 128202

Lunes, 3 de marzo de 2025, 10:01:35 a. m.

Detalle

$413.300
Valor Pagado

IVA incluído:	$0
Pago a:	COMPENSAR-OI
Débito desde:	Cuenta de Ahorros *6849
Descripción:	MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Fecha y hora inicio transacción	2025-03-03 10:00:32
NIT del comercio	9998600669427
Número de factura	84388857
Código Único de Seguimiento	1307026721
Dirección IP:	190.26.228.195
Referencia 1:	
Referencia 2:	CC
Referencia 3:	1000794222

COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CIUDADANÍA

NUIP 1.000.794.222

ALARCON ARBELAEZ

APELLIDOS

LAURA SOFIA

NOMBRES

Sofía Alarcón

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 06-ABR-2000

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.50
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

06-ABR-2018 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

INDICE DERECHO

P<1500150-01008395<F<1000794222<20180521 0061238983A 2 49658392

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
CEDULA: 51.746.897
CUENTA BANCARIA: 3132645931 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($80.590) OCHENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: AUXILIAR PEDAGOGICO – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11007062025.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($80.590) Ochenta mil quinientos noventa pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral

Jhoanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Rocío Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

LUZ MARINA DIAZ CORREDOR

NOMBRE: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
C.C. 51.746.897
DR. Carrera 75 # 36 – 43 sur
Telefono:322 604 53 63

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 14115869882

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 1 7 4 6 8 9 7 | 6. DV: 7 | 12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá | 13. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	51746897

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
DIAZ	CORREDOR	LUZ	MARINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CR 79 36 43 SUR BRR KENNEDY

42. Correo electrónico: elvimar64@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

Usuarios aduaneros

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

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CIIC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT- tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación.

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Firmas: 61 [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT) podrá ser verificada por la DIAN en cualquier momento para establecer la exactitud de los datos suministrados, de conformidad con los procedimientos de control establecidos o de suspensión legal de ser el caso. Parágrafo del artículo 166 de la Ley 1607 de 2012. De igual manera, el formulario al hacerse uso de este, implica la aceptación del tratamiento de datos (ley 1581 de 2012)

Fecha del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice

Firma autorizada

964 Nombre: CIFUENTES BAQUERO LAURA VIVIANA

965 Cargo: Gestor III

Fecha generación documento: 2023-02-21 10:21:26

DOCUMENTO CLASIFICADO

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que LUZ MARINA DIAZ CORRED, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 51746897, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3132645931.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 11 días de Febrero del año 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22198175

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
No. Identificación: CC51746897
Dirección: CL 36A 74 15 SUR
Telefono: 3226045363
Correo: elvimar64@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 84104809

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ MARINA DIAZ CORREDOR
Tipo y número de identificación	CC51746897
Número de planilla	84104809
Fecha pago	2025-02-13
Número de autorización pago	1897894
Banco	1083

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2025
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	413300
Total Intereses de Mora	0

PAGADA
84104809

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7500	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	227800	1
EPS008	Compensar EPS	178000	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 51746897
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ MARINA DIAZ CORREDOR

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

51746897
NUMERO

DIAZ CORREDOR
APELLIDOS

LUZ MARINA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1964

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.52
ESTATURA

A+
G.S. RH

F
SEXO

28-FEB-1983 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

A-1500108-45103261-F-0051746897-20020612 06450 02162A 02 113718404

Ciudad: BOGOTA D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: NICOL ALEJANDRA BARRERO VASQUEZ
CEDULA: 1.233.489.641
CUENTA BANCARIA: 3135381440 **BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___**
LA SUMA DE: ($80.590) OCHENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE.
PERIODO: FASE PREPARATORIA FEBERO 2025

CONCEPTO: Auxiliar Pedagógico - EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato 11007062025.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($80.590) Ochenta mil quinientos noventa pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

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

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141158154300

(415)7707212489984(8020) 000014115815430 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1 2 3 3 4 8 9 6 4 1 | 6. DV 7

12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 3 2

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión iliquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1233489641

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
C 89 D 37 SUR

42. Correo electrónico barrerovasqueznicolalejandra@gmail.com

43. Código postal 1 1 0 8

44. Teléfono 1 3 1 3 5 3 8 1 4 4 0

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores			
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	55. Forma	56. Tipo	Servicio 1	2	3
54. Código			57. Modo			
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20			58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre BARRERO VASQUEZ NICOL ALEJANDRA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 28-01-2025 02:58:01PM

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que NICOL BARRERO, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 1233489641, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3135381440.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 28 días de Febrero del año 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22516417

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233489641		BARRERO VASQUEZ NICOL ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 89 B 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1254385936	9479942355	I	2025/02/11	2025/02/10	NEQUI	0	$441,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO						PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0
1	CC	1233489641	BARRERO NICOL	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS008	30	$1,423,500	$178,000	CCF24	30	$1,423,500	$28,500	14-11	30	$1,423,500	$7,500	30	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$1,423,500	$28,500			$1,423,500	$7,500		$0	$0

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	iudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1233489641		BARRERO VASQUEZ NICOL ALEJANDRA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLL 2 # 89 B 37	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-01	2025-01	1254385936	9479942355	I	2025/02/11	2025/02/10	NEQUI	0	$441,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$7,500	$0	$0	$7,500
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$28,500	$0	$0	$28,500
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	1	$28,500	$0	$0	$28,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
COMPENSAR	EPS008	860,066,942	7	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$441,800	$0	$0	$441,800

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

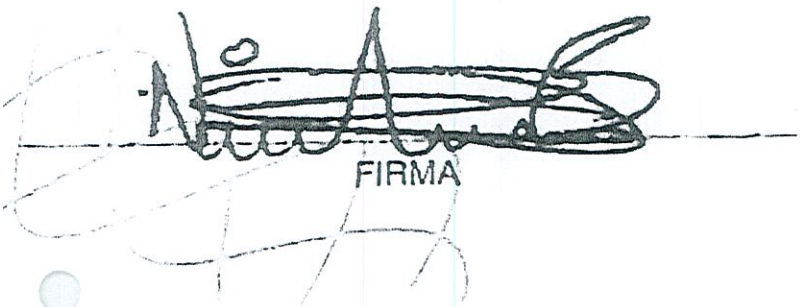
NUMERO **1.233.489.641**

BARRERO VASQUEZ

APELLIDOS

NICOL ALEJANDRA

NOMBRES



FIRMA



Powered by CamScanne



INDICE DERECHO

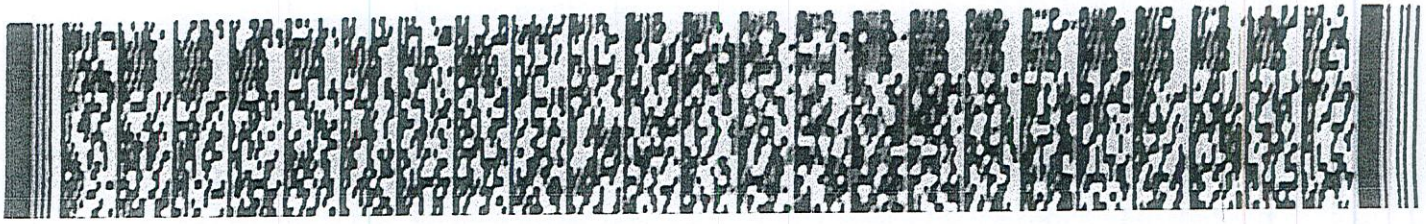
FECHA DE NACIMIENTO **14-AGO-1996**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68	**B+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

04-AGO-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ
CEDULA: 52.847.653
CUENTA BANCARIA: 3208053272 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($80.590) OCHENTA MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS M/CTE.
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: Apoyo Pedagógico – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia contrato N. 11007062025. Con 50 cupos.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($80.590) Ochenta mil quinientos noventa pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Sooner Chavez

NOMBRE: SOONER SUSANA CHAVES RODRIGUEZ
C.C. 52.847.653
DR. Cra. 79 F #46-16 Sue
Telefono: 3208053272/ soonerchaves@hotmail.com

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141158254990

(415)7707212489984(8020) 000014115825499 0

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

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	52847653	

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

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

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

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

42. Correo electrónico: soonerchaves@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
2 0																									

53. Código 2 0

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

54. Código

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 26-02-2025 05:43:15PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que SOONER SUSANA CHAVES R, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 52847653, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3208053272.

Con saldo a la fecha $ 0

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 25 días de Febrero del año 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22472519

NUEVA EPS S.A

NIT: 900156264-2

CERTIFICA QUE:

El 26/02/2025, el empleador CHAVES RODRIGUEZ SOONER SUSANA identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 52847653 registró la siguiente solicitud de reingreso en nuestro portal transaccional.

NÚMERO DE RADICACIÓN	FECHA DE RADICACIÓN	TIPO DE SOLICITUD
8432222	26/02/2025	Reingresos

DETALLE

TIPO	IDENTIFICACIÓN	NOMBRE COTIZANTE	IBC	CARGO	FECHA
CÉDULA DE CIUDADANÍA	52847653	SOONERSUSANA CHAVES RODRIGUEZ	1423500	AUXILIARES DE MAESTROS	2025-02-26

La siguiente certificación se expide a solicitud del interesado a los 26 días del mes de Febrero del año 2025.

Cordialmente,

GERENCIA NACIONAL DE AFILIACIONES

Nueva

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **52.847.653**

CHAVES RODRIGUEZ

APELLIDOS

SOONER SUSANA

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-NOV-1979**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | **B+** G.S. RH | **F** SEXO

16-ABR-1998 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1500150-00942674-F-0052847653-20171004 **0057779283A 2** 9910130045

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: CARLOS LUGO GOMEZ
CEDULA: 1.023.963.411
CUENTA BANCARIA: 3153491616 BANCO: DAVIPLATA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($174.611) CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS ONCE PESOS M/CTE
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO – EIH Kennedy Gestando Futuro Gran Britalia del contrato N. 11007062025.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($174.611) Ciento setenta y cuatro mil seiscientos once pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Emilce Rojas Aguilar
Coordinadora
C.C. 52.278.676

Aprobado por:

Ana Rocio Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Carlos Lugo Gomez

NOMBRE: CARLOS LUGO GOMEZ
C.C. 1.023.963.411
DR. CARRERA 3 # 0-39 SUR
Telefono: 3153491616 / CARLOS.LUGOMEZ97@gmail.com

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14711599663

(415)7707212489984(8020) 000001471159966 3

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

IDENTIFICACIÓN

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

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LUGO	GOMEZ	CARLOS	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
AK 3 numero 0-39 sur

42. Correo electrónico carlos_97lugomez@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

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

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

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

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LUGO GOMEZ CARLOS

985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 04-03-2025 09:27:48AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Banco Davivienda S.A.

Que CARLOS LUGO, quien se identifica con cédula de ciudadanía No 1023963411, posee en el Banco Davivienda el producto DaviPlata número 3153491616.

A solicitud del interesado, se expide en Bogotá D.C., a los 2 días de Marzo del año 2025.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

TICKET: 22561535

EPS Sanitas

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: D D M M A A A A

185779631

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

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación B. Reporte de Novedades	A. Individual / Cotizante o Cabeza de Familia B. Colectiva D. De Oficio C. Institucional / Beneficiario o Afiliado adicional	A. Contributivo B. Subsidiado	SI NO

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 03

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Lugo	Gomez	Carlos	

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	Cuál	13. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M X T NB Otro		
CC	1023963411				Colombiano

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bogotá	Colombia	Cundinamarca	Bogotá	D D M M A A A A 0 4 0 5 1 9 9 1

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		SI NO Categoría de discapacidad	SI NO	Nivel Grupo	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
		1'423.500	

26. Residencia Dirección			Teléfono Fijo
Carrera 3 # 0-39 Sur			
Teléfono Celular	Correo Electrónico		
3153191616	carlos-99lugomez@hotmail.com		
Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural
Cundinamarca	Bogotá	San Cristobal	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

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

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

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo Identificación	Cuál	32. Nacionalidad
		Femenino Masculino	F M T NB Otro		

33. Lugar de nacimiento				34. Fecha de nacimiento
	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A

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

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

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo Identificación	41. Lugar de nacimiento	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	País Departamento Municipio	D D M M A A A A

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. Incapacidad permanente
B1					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO
B2					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO
B3					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO
B4					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO
B5					SI NO	Nivel Grupo	SI NO Categoría de discapacidad	SI NO

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a reportar por la EPS)
B1			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B2			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B3			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B4			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		
B5			Cabecera Municipal Centro Poblado Rural Disperso Resto Rural		

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			

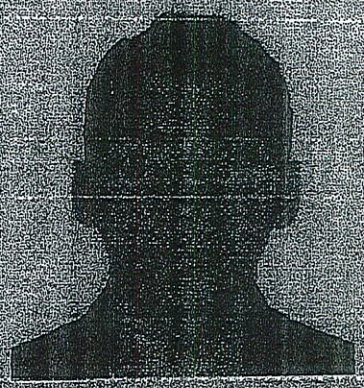
REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.023.963.411
LUGO GOMEZ

APELLIDOS
CARLOS

NOMBRES

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1997
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

15-SEP-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01318525-M-1023963411-20220914 0085247009A 2 8505196556

Ciudad: BOGOTÁ D.C Mes: FEBRERO Día: 28 Año: 2025

CUENTA DE COBRO No. 1

ASOCIACIÓN PROFESIONALES DE COLOMBIA
NIT 830.107.985-1

DEBE A:

CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NOMBRE: LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
CEDULA: 1.098.619.826
CUENTA BANCARIA: 0550488451239757 BANCO: DAVIVIENDA AHORRO _X_ CORRIENTE ___
LA SUMA DE: ($174.611) CIENTO SETENTA Y CUATRO MIL SEISCIENTOS ONCE PESOS M/CTE
PERIODO: **FASE PREPARATORIA FEBRERO 2025**

CONCEPTO: AUXILIAR ADMINISTRATIVO – EIH Kennedy Gestando Futuro Periodistas del contrato N. 11007062025.

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

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

Autorizo me sea descontada la suma de:

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

TOTAL, A PAGAR DESPUÉS DE DESCUENTOS: ($174.611) Ciento setenta y cuatro mil seiscientos once pesos m/cte. Por concepto de: préstamos, anticipos, fondo de ahorro APC y cualquier otro concepto a que haya lugar, además manifiesto que Asociación Profesionales de Colombia se encuentra a **PAZ Y SALVO** conmigo por todo concepto.

Autorizado por:

Johanna Mayoral

Johanna Mayoral Cerquera
Coordinadora
C.C. 52.517.201

Aprobado por:

Ana Roció Quiroz Manrique
Representante Legal
C.C. 52.339.600

Atentamente,

Luz Adriana Rocha A.

NOMBRE: LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
C.C. 1.098.619.826
DR. Ciudad Tintal II etapa II interior 7 apto 302
Telefono: 3058099400 / luad_2@hotmail.com

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14982343309

(415)7707212489984(8020) 000001498234330 9

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

IDENTIFICACIÓN

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

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Santander 6 8	Bucaramanga 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ROCHA	ALMANZA	LUZ	ADRIANA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal
AK 80 G 6 19 CON ALTAVISTA TO 6 AP 605

42. Correo electrónico luad_2@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 2 9 9	2 0 2 0 0 3 0 2	7 0 1 0	2 0 1 6 1 1 1 8				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre ROCHA ALMANZA LUZ ADRIANA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 04-03-2025 03:06:48PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **05/03/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1098619826**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488451239757**
Fecha de apertura	**05/03/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
No. Identificación: CC1098619826
Dirección: AK 80 G 6-19
Telefono: 6015865932
Correo: luad_2@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 8384563811

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA
Tipo y número de identificación	CC1098619826
Número de planilla	8384563811
Fecha pago	2025-03-14
Número de autorización pago	44266408
Banco	1023

Número de Empleados	1
Periodo de Cotización Salud	enero de 2025
Periodo de Cotización Pensión	enero de 2025
Número de Administradoras	3
Total Pagado	422800
Total Intereses de Mora	0

CÓDIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	7700	1
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	233000	1
EPS005	Sanitas EPS	182100	1

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 1098619826
APELLIDOS Y NOMBRES: LUZ ADRIANA ROCHA ALMANZA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS005	230201	1423500	1423500	1423500	0	178000	0	227800	0	7500	0

PAGADA 8384563811

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.098.619.826**

ROCHA ALMANZA

APELLIDOS

LUZ ADRIANA

NOMBRES

Luz Adriana Rocha Almanza

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-AGO-1985**

BUCARAMANGA
(SANTANDER)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65	O+	F
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

18-AGO-2004 BUCARAMANGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1500150-01265572-F-1098619826-20211112 **0076**63377A 1 8503115697