

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:
PAOLA VALENTINA BENITEZ CHILA
CC 1016833147 DE BOGOTA D.C

La suma de \$ 1.896.090 (Un millón ochocientos noventa y seis mil noventa pesos m/cte.) por concepto de servicios de técnico contable en el área de salud pública Entorno Educativo- Convenio interadministrativo 6598244- 2024 durante el periodo del 09 de Abril al 30 de Abril 2025, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 3872-2025

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Paola B.", is centered within a light pink rectangular stamp. The stamp has a faint, repeating pattern.

PAOLA VALENTINA BENITEZ CHILA
CC 1016833147 DE BOGOTA D.C
CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA
NUMERO
0550488437669796

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4014531076	0 8 0 4 2 0 2 5

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo) Página 1 de 2

1.tipo de tramite		2.Tipo afiliacion		3.Regimen		4.Contribución Solidaria	
A. Afiliación ☐		B. Reporte de Novedades ☒		A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ D. De oficio ☐		A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐ Si ☐ No ☒	
5. Tipo de afiliado				6. Tipo de cotizante		7. Código (a registrar por la EPS)	
A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐				A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐		3	

A. AFILIACIÓN

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

8.Apellidos y nombres									
BENITEZ Primer apellido			CHILA Segundo apellido			PAOLA Primer nombre			VALENTINA Segundo nombre
9.Tipo documento de Identidad		10.Número del documento de Identidad			11.Sexo biológico		12.Sexo identificación		
CC		1016833147			Femenino ☒ Masculino ☐		F ☒ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
13. Nacionalidad		14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento			
COLOMBIA		País: COLOMBIA Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA				2 6 0 7 2 0 0 4			

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia 6		17.Comunidad		18.Discapacidad Categoria Discapacidad		Si ☐ No ☒	
19.Tiene encuesta SISBEN SI ☐ NO ☒		20.Clasificación SISBEN Nivel Grupo		21.Grupo población especial 			
22. Administradora de riesgos Laborales - ARL SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.		23. Administradora de Pensiones INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL		24. Ingreso base de cotizacion - IBC 1423500		25. Tarifa Contribución Solidaria	
26.Residencia							
CL 77 SUR N 81 H 20 Dirección		Telefono fijo		3124336201 Telefono celular		VALENTINACHILA135@GMAIL.COM Correo electronico	
BOGOTA Departamento		BOGOTA Municipio/Distrito		Localidad / comuna		zona Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres											
Primer apellido			Segundo apellido			Primer nombre			Segundo nombre		
28. Tipo documento de identidad			29. Número documento identidad			30. Sexo biológico			31. Sexo identificación		
						Femenino ☐ Masculino ☐			F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual ☐		
32. Nacionalidad			33. Lugar Nacimiento			34. Fecha Nacimiento					
			País: Departamento: Municipio:								

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

35. Apellidos y nombres

[illegible]

Datos complementarios del Beneficiario

[illegible]

51. Datos de residencia

Departamento		Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								
Dirección		Localidad/Comuna				Correo Electrónico		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Selección de la IPS Primaria

53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS			54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)	
C	VS PASEO VILLA DEL RIO - VS PASEO VILLA DEL RIO		VSVILLAORI - VSVILLAORI	
B		-		-
B		-		-
B		-		-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social		56. Tipo de identificación		57. Numero de documento de identificación		58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)	
PAOLA VALENTINA BENITEZ CHILA		CC		1016833147		01	
59. Ubicación							
CL 77 SUR N 81 H 20 Dirección		3124236101 Teléfono fijo o celular		VALENTINACHILA135@GMAIL.COM Correo electrónico		BOGOTA Departamento BOGOTA Municipio/distrito	

Página 2 de 2

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación datos básicos de identificación

☐ 2. Corrección datos básicos de identificación

☐ 3. Actualización documento de identidad

☐ 4. Actualización y/o corrección datos complementarios

☐ 5. Terminación de la inscripcion 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

☐ 10. Terminación de la relacion laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando

☐ 11. Inscripción EPS retorno 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 tramite de protección al cesante

☐ 18. Reporte de la calidad de pre-Pensionado

☐ 19. Reporte de la calidad del pensionado

☐ 20. Ingreso a contribución solidaria

☐ 21. Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

Tipo documento de Identidad

Número documento de Identidad

62. Sexo biológico

Femenino ☐

Masculino ☐

63. Sexo identificación

F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐

Cual

64. Fecha de nacimiento

65. EPS anterior

66. Fecha de Novedad

67. Motivo de traslado

68. Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones

017042025

Código:

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. ☐ Declaración 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 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 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 del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la 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 celular como mensaje 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 encuesta del Sisbén vigente

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 documento de Identidad

Número documento de Identidad

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario

81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio

X. ANEXOS

☐ 82. Anexo Copia del documento de identidad: CN. ☐ RC. ☐ TI. ☐ CC. ☐ PA. ☐ CE. ☐ CD. ☐ SC. ☐ PT. ☐

Cantidad:

Total:

☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 84. Copia 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 para 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 certificado de adopción o acta de entrega del menor

☐ 87. Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.

☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.

☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud

☐ 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 consiste 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 RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido

Segundo apellido

Primer nombre

Segundo nombre

95. Firma del funcionario

Tipo documento de identidad

Número documento de identidad

96. Fecha de Radicación

97. Fecha de Validación

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, así como la veracidad de las demás información registrada.

M-PYGA-F001 V 1.0-2018

BOGOTA, D.C., 27 de Marzo de 2025

2025_6562919-44344008

Señor (a):

PAOLA VALENTINA BENITEZ CHILA
VALENTINACHILA135@GMAIL.COM
BOGOTA, D.C. - BOGOTA D.C

Referencia: Radicado No. 2025_6562919 del 27 de Marzo de 2025
Ciudadano: PAOLA VALENTINA BENITEZ CHILA
Identificación: C.C. 1016833147
Tipo de Trámite: AFILIACIONES - Vinculación Inicial

Respetado(a) señor(a):

Reciba un cordial saludo de la Administradora Colombiana de Pensiones - COLPENSIONES.

Nos permitimos informarle que su solicitud radicada como se indica en la referencia, ha sido aceptada.

En caso de requerir información adicional, por favor acercarse a nuestros Puntos de Atención Colpensiones (PAC); comunicarse con la línea de servicio al ciudadano en Bogotá al 4890909, en Medellín al 2836090, o con la línea gratuita nacional al 018000 41 0909, en donde estaremos dispuestos a brindarle el mejor servicio.

Agradecemos su confianza recordándole que estamos para servirle.

Documentos que anexó el usuario:

Tipo de documento	Cantidad folios
Formulario de afiliación al Sistema General de Pensiones.	1

Cordialmente,



LUZ ADRIANA LOIZA SANDOVAL
Profesional Máster 320-08 con asignación de funciones de Director de Atención y Servicio

Medellín, 25 de abril de 2025

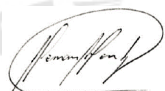
CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que PAOLA VALENTINA BENITEZ CHILA identificado(a) con C1016833147 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10168331472511547008

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese**

19/03/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora PAOLA VALENTINA BENITEZ CHILA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1016833147**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	0550488437669796
Fecha de apertura	28/02/2023

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA