



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE

FORMATO PARA LIQUIDACIÓN PAGO DE CONTRATOS POR CONCEPTO DE HONORARIOS Y/O PRESTACIÓN DE SERVICIOS PERSONAS NATURALES (RENTAS DE TRABAJO ARTICULO 103 ESTATUTO TRIBUTARIO)

REGIONAL CAUCA

CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS REGIONAL CAUCA

Adquiriente: SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE SENA Nit adquiriente: 899.999.034-1

Código Regional	19
Código Centro	930710
Fecha Elaboración	Agosto de 2025
Versión	ENERO - 2.25
ID de Proceso	92196-963584

DATOS DEL CONTRATISTA

Nombres y apellidos:	MONICA PAOLA AGREDO GOMEZ	Banco a consignar:	BANCO BBVA
Cédula de Ciudadanía	1.061.780.424	Tipo de cuenta:	AHORROS
Correo electrónico:	magredog@sena.co	Número de Cuenta:	867157109
IP/Nº de contacto:		Presta Servicios Excluidos de IVA:	NO
Inducción SST:	SI	Pertenece al régimen simple de tributación:	NO
Régimen del IVA:	NO RESPONSABLE	Es declarante de renta por el año gravable 2024	NO
¿Es pensionado o tiene otra situación sustentada normativamente para no estar obligado a cotizar pensión?			
Sus ingresos en el 2024 fueron iguales o superiores a \$65.891.000			
Sus ingresos del contrato suscrito con la Entidad en el 2025 es igual o superior a \$164.336.700 (debe registrarse como responsable del IVA)			
¿Utiliza costos o gastos asociados al ingreso para disminuir su impuesto de renta que declara ante la DIAN anualmente?			
Concepto del pago corresponde a:			
TARIFA RETENCIÓN ARTICULO 392 E.T.			

DATOS DEL CONTRATO

Nº del contrato:	7770708/2025	Nº Compromiso SIIF	109225	Número de pagos durante la vigencia del contrato	9
OBJETO CONTRACTUAL: (Descripción del servicio prestado)	PRESTAR LOS SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACCIONES ORIENTADAS A LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE PROBLEMAS PSICOSOCIALES, FORTALECIMIENTO DEL LIDERAZGO Y DESARROLLO HUMANO INTEGRAL DE LOS APRENDICES DEL CENTRO DE COMERCIO Y SERVICIOS DEL SENA, EN SUS SEDES				

DATOS PERIODO DEL PAGO

Del	15/04/2025	Al	30/04/2025	Saldo Anterior del Contrato:	\$ 23.120.000
Número de pago	1			Valor Total del Contrato:	\$ 23.120.000
Valor Bruto Pago:	\$ 1.360.000,00			Nuevo Saldo del Contrato:	\$ 21.760.000

RESUMEN PAGOS GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Ingresos por honorarios	\$ 1.360.000	Ninguno	0,00%
Ingresos por comisiones	\$ 0	Retención en la Fuente del Periodo	\$ 0
Ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ 0		
TOTAL INGRESOS DEL PERIODO	\$ 1.360.000	Menos, Retefuente Otros Ingresos	\$ 0
BASE PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE	\$ 709.700	TOTAL RETEFUENTE PRESENTE PAGO	\$ 0

LIQUIDACIÓN DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL Y LIQUIDACIÓN DEL NETO A PAGAR

	Abril	Marzo	Base retención en la fuente a título de RENTA	709.700,00	TARIFA
Nº Planilla PILA, o, Nº Radicación pago SS	-----	1071968862	Base retención en la fuente a título de ICA	1.360.000,00	
Ingreso Base de Cotización - IBC	\$ 1.423.500	\$ 0	Valor base IVA	0,00	
Aporte obligatorio a seguridad social salud	\$ 178.000	\$ 0	IVA (Si es RESPONSABLE)	0,00	19%
Aporte obligatorio a seguridad social Pensión	\$ 227.800	\$ 0	Menos Retención en la Fuente	0,00	0,00%
Aporte obligatorio a Fondo de solidaridad Pensional	\$ -	\$ 0	Menos Retención IVA	0,00	15%
ARL	\$ 7.500	\$ 0	Reteica - 8299 - POPAYAN	2.720,00	0,200%
Aportes pensión de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes salud de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes ARL de ingresos de otros meses cobrados en el mes	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a Fondo de pensiones Obligatorias	\$ -			0,00	0%
Aportes voluntarios a cuentas AFC Y AVC	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Aporte voluntario a Fondos de pensiones voluntarias	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Intereses Prestamo de Vivienda	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Dependientes hasta	\$ -		Otras Retenciones	0,00	0,000%
Salud hasta	\$ 796.784	\$ -	Otras Retenciones	0,00	0,000%
Renta Exenta 25%	\$ 29.505.907	\$ 237.000		0,00	
Renta Exenta 25% liquidada en los meses anteriores al periodo objeto de cobro.	\$ 0		Descuentos de embargo (Si tiene)	0,00	
Retención en la Fuente Contingente	\$		VALOR A PAGAR	\$1.357.280,00	

SON: UN MILLÓN TRESCIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE

ACTIVIDADES DESARROLLADAS DURANTE EL PERIODO OBJETO DE PAGO

Se presenta plan de trabajo a la supervisora de contrato
En el mes de abril no se realizaron orientaciones de manera individual.
Asistencia de manera presencial y virtual a las reuniones de equipo de Bienestar al aprendiz
Se han realizado (6) talleres de los temas de orientación al logro y fomento de la autoestima con las siguientes fichas: TECNOLOGIA EN
Se han realizado (2) talleres de peligros de las redes sociales con las siguientes fichas: TECNICO EN ENFERMERIA 3140802, TECNOLOGO E
Se realizará en el mes de mayo con los programas del centro de comercio y servicios.
Se realizo el día 25 de abril del 2025.
Se presenta cuadro de Sofia plus mes de abril.

PARA LOS EFECTOS LEGALES CERTIFICO, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO, QUE:

1. Cumpli a cabalidad las actividades del objeto contractual arriba descritas; 2. Los documentos soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión, los aportes voluntarios a cuentas AFC y FVP, por los ingresos recibidos en el mes anterior del contrato objeto de cobro en esta planilla y certifico que no han sido utilizados en la disminución de la Base de Retención en la Fuente en ningún otro contrato; 3. El número de trabajadores contratados para cumplir con el desarrollo del objeto contractual corresponden a lo indicado en esta planilla; 4. Toda la información aquí suministra es verídica; 5. He leído y entendido la descripción de cada uno de los campos aquí

Monica Agredo

**MONICA PAOLA AGREDO GOMEZ
EL CONTRATISTA**

CERTIFICACION DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO

En mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;
- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el presente informe, dentro del periodo de cobro;
- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social realizados por el contratista por los ingresos recibidos en el mes anterior por medio de la planilla PILA relacionada en el presente informe y que los mismos han sido liquidados de conformidad con las normas vigentes.

Autorizo el presente pago.
El Supervisor,

**ALBA RAQUEL SILDARRIAGA PRADA
PROFESIONAL G02**

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato arriba relacionado, autorizo el presente pago:

**EL ORDENADOR DEL PAGO
HENRY ARMANDO MORALES FERNANDEZ
SUBDIRECTOR DE CENTRO G02**

Transacción Aprobada

Su planilla ha sido enviada y pagada con éxito. Por favor imprima este comprobante como soporte del envío y pago de su planilla.



Información de la Planilla Pagada

Nit de comercio Operador de Información	900097333-9
Razón Social del Operador de Información	SIMPLE S.A.
Descripción	Pago de SuAporte
Fecha	2025-04-15, 01:51:55 PM
Periodo de Cotización Otros Riesgos	abril de 2025
Periodo de Cotización Para Salud	abril de 2025
Empresa	MONICA PAOLA AGREDO GOMEZ
CEDULA CIUDADANIA	CC 1061780424
Código Sucursal (Nombre)	()
Referencia de Pago/ Número Planilla	1071968862
Tipo de Planilla	I
Número Transacción Bancaria/ CUS	1412683357
Banco	(1507) - NEQUI
Valor	\$ 413.300
Estado de la Transacción	Aprobada
Dirección IP de Origen	www.simple.co

Nit	Código	Administradora	Número Afiliados	Valor sin Mora	Total Intereses Mora
N800229739	230201	PROTECCION	1	\$ 227.800	\$ 0
N900156264	EPS041	CMRC.RECA.FOSYGA-NUEVAEPS R MOVILIDAD	1	\$ 178.000	\$ 0
N860011153	14-23	ARP - POSITIVA COMPAÑIA DE SEG	1	\$ 7.500	\$ 0
SubTotales:				\$ 413.300	\$ 0
Total a Pagar:					\$ 413.300

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 608 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

Página 1 de 1

SIMPLE S.A. no se hace responsable de las planillas y pagos realizados a través de otros operadores de información dado que no tiene medios para corroborar la veracidad de la misma, su alcance se limita a replicar la información suministrada directamente por el cliente.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

¡El Poder
de lo SIMPLE!

Nequi

Resumen de pago

Descripción de compra

Pago de Seguridad Social

Estado de la solicitud

Transacción aprobada

Tienda

SIMPLE OI

Fecha de solicitud

15 de abril de 2025

CUS

1412683357

Referencia Nequi

M8931878

¿Cuánto?

\$ 413.300,00

Valor de los impuestos

\$ 0,00

Número de referencia 1

10.0.19.58

Número de referencia 2

CC

Número de referencia 3

1061780424

Factura de comercio

1071968862

Tu plata salió de:

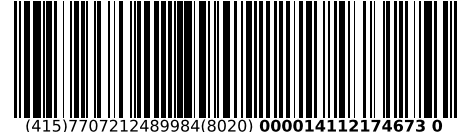


Disponible

2. Concepto Actualización

4. Número de formulario

141121746730



(415)7707212489984(8020) 000014112174673 0

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)

1 0 6 1 7 8 0 4 2 4

6. DV

8

12. Dirección seccional

Impuestos y Aduanas de Popayán

14. Buzón electrónico

1 7

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente

Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento

Cédula de Ciudadanía

1 3

26. Número de Identificación

1 0 6 1 7 8 0 4 2 4

Lugar de expedición

COLOMBIA

28. País

1 6 9

29. Departamento

Cauca

1 9

30. Ciudad/Municipio

Popayán

0 0 1

31. Primer apellido

AGREDO

32. Segundo apellido

GOMEZ

33. Primer nombre

MONICA

34. Otros nombres

PAOLA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País

COLOMBIA

1 6 9

39. Departamento

Cauca

1 9

40. Ciudad/Municipio

Popayán

0 0 1

41. Dirección principal

CL 4 A 56 A 08 BRR LOMAS DE GRANADA

42. Correo electrónico

monicapaola1122@gmail.com

43. Código postal

1 9 0 0 1

44. Teléfono 1

3 2 2 5 3 3 0 0 2 8

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Ocupación

Actividad principal

46. Código

8 2 9 9

47. Fecha inicio actividad

2 0 1 7, 1 2 0 1

Actividad secundaria

48. Código

49. Fecha inicio actividad

Otras actividades

50. Código

1 2

51. Código

52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

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

49 - No responsable de IVA

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

DOCUMENTO SIN EFECTOS

ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES Y CARTA DE DESEMPEÑO

nueva
eps

gente cuidando gente

NIT. 900.156.204-2

Autorización de mensajes de texto. (Circular externa 000016 mayo de 2013)

Yo, Monica Paola Agredo, identificado (a) con ce
número 1061780424 de popayan, certifico que:

1 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Así mismo autorizo a NUEVA EPS, para que envíe información al teléfono celular No. <u>3106744787</u> y/o correo electrónico <u>monicapola1122@gmail.com</u> . Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/> Autorizo la entrega de la carta de Derechos y Deberes del Afiliado y carta de Desempeño, en formato electrónico. Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Consulte la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño en el micrositio Web https://www.nuevaeps.com.co/carta-derechos-deberes Evitando impresiones para ser amigable con el planeta. Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2 ¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la carta de desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
3 ¿Leyó el contenido de la carta de derechos y deberes del afiliado y del paciente? Sí <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>	
4 ¿Leyó el contenido de la carta de desempeño de la EPS? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5 ¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información, fue asesorado adecuadamente por la EPS? Sí <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

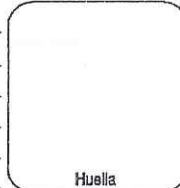
Cordialmente,

Firma: Monica Agredo
 Tipo ID: CC No. ID: 1061780424
 Fecha de Solicitud: 03-04-2025
 Dirección: calle 4A # 56A-08
 Tel: 3106744787 Municipio: Popayan
 Departamento: Tolima



Afiliado manifiesta que no sabe o no puede firmar, autoriza a:

Firma: _____
 Tipo ID: _____ No. ID: _____
 Fecha (dd/mm/aaaa): _____
 Dirección: _____
 Tel: _____ Municipio: _____
 Departamento: _____



Manifiesto con mi firma la aceptación de todas las declaraciones y términos incorporados en este formato y el consentimiento expreso, previo e informado en relación con el tratamiento de mis datos personales que hará NUEVA EPS S.A., en sujeción a la política para el tratamiento de datos personales de la NUEVA EPS S.A.

Declaración Juramentada de Convivencia: Declaro que convivo con el(la) Señor(a) _____ Identificado(a) con No. _____ desde el día _____ del mes _____ del año _____

Autorizaciones

En virtud de la anterior certificación, autorizo expresamente y conforme a lo dispuesto en los artículos 14 y 15 de la Ley 527 de 1995, a NUEVA EPS S.A. para que me remita información en forma de mensajes de datos, a través de mecanismos como sms -short message service -, correos electrónicos y redes sociales, relacionada con los servicios de NUEVA EPS S.A. y la carta de derecho de deberes.

Autorizo de manera expresa a NUEVA EPS S.A. y/o a la persona natural o jurídica a quien ésta encargue, para que recolecte, almacene, use, haga circular, actualice o suprima mis datos personales, para acceder a los servicios de la NUEVA EPS S.A. y para el cumplimiento de la carta de derechos y deberes.

* Revocar la autorización y/o solicitar la supresión del dato cuando en el tratamiento no se respeten los principios, derechos y garantías constitucionales y legales. La revocatoria y/o supresión procederá cuando la Superintendencia de Industria y Comercio haya determinado que en el tratamiento el responsable o encargado han incurrido en conductas contrarias a esta ley y a la constitución. En cumplimiento de la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013 y las demás normas que los modifiquen, adicionen o complementen, le informamos que usted puede conocer la política de tratamiento de los datos personales de NUEVA EPS S.A., a través de los siguientes mecanismos que ponemos a su disposición:

Sitio web: www.nuevaeps.co
 Régimen Contributivo:
 Línea Gratuita: 01 8000 954400
 Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7022
 Régimen Subsidiado:
 Línea Gratuita: 01 8000 95 2000
 Línea de atención en Bogotá: (601) 307 7051
 Oficinas de atención al afiliado de NUEVA EPS S.A.
 Conmutador: (601) 419 3000
 Dirección Administrativa: Carrera 85k No 46A – 66 Piso 2

Sr.(a) afiliado(a), la información por usted suministrada en este formato, así como la relacionada en el formulario de afiliación y/o demás documentos anexos, serán utilizados por NUEVA EPS S.A. como responsable del tratamiento de la información únicamente para los fines específicos relacionados con la administración y prestación de servicios en salud de Plan Obligatorio de Salud, de acuerdo con la Ley 1581 de 2012 "Hábeas Data"; dicho tratamiento podrá implicar la transferencia, transmisión y/o recepción de los datos, y el cual se realizará a través de sí misma, terceros encargados de tratamiento de información o de sus aliados comerciales, para fines comerciales y para la correcta prestación del servicio, de la forma indicada en los Términos y Condiciones de cada uno de sus portales y de la Política de Confidencialidad y Protección de Datos.

Aviso de privacidad

Hago constar expresamente que NUEVA EPS S.A. me informó sobre los siguientes derechos que me asisten como titular de datos personales:

- * Acceder los datos personales que hayan sido objeto de tratamiento conforme a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.
- * Conocer, actualizar y rectificar los datos personales frente al responsable del tratamiento y al encargado del tratamiento. Este derecho se podrá ejercer, entre otros datos, en relación con datos parciales, inexactos, incompletos, fraccionados, que induzcan a error, o aquellos datos cuyo tratamiento esté expresamente prohibido o no haya sido autorizado.
- * Solicitar prueba de la autorización otorgada al responsable del tratamiento, salvo cuando expresamente se exceptúe como requisito para el tratamiento, de conformidad con lo previsto en el artículo 10 de la Ley 1581 de 2012.
- * Ser informado por el responsable del tratamiento o el encargado del tratamiento, previa solicitud, con respecto del uso que le ha dado a los datos personales.
- * Presentar ante la Superintendencia de Industria y Comercio quejas por infracciones a lo dispuesto en la Ley 1581 de 2012 y las demás normas que la modifiquen, adicionen o complementen.

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR EL TRABAJADOR INDEPENDIENTE CUYO INGRESO SEA IGUAL O SUPERIOR A 1 SALARIO

ACTIVIDAD ECONÓMICA	ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES	INGRESO BASE DE COTIZACIÓN	POSEE VIVIENDA PROPIA	SÍ	PRODUCTOR AGROPECUARIO	SÍ
<u>Independiente</u>	<u>No tiene</u>	<u>Profesional</u>	<u>\$ 1423500</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Nivel de Escolaridad	Ninguna <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Normalista <input type="checkbox"/> Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Presecular <input type="checkbox"/> Media económica o clásica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/> Técnica Profesional <input type="checkbox"/> Especialización <input type="checkbox"/> Último Grado <input type="checkbox"/> Básico Primaria <input type="checkbox"/> Media técnica (bachillerato básico) <input type="checkbox"/> Tecnológica <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/>		Posición Ocupacional	Patrón/Employador <input type="checkbox"/> Contratista <input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta <input checked="" type="checkbox"/>		Inicio Contrato	
			<u>03-04-2025</u>	Fin Contrato			
SEÑOR USUARIO: TRABAJADOR INDEPENDIENTE O CONTRATISTA. RECUERDE REPORTAR LA NOVEDAD DE RETIRO EN LA PLANILLA DE PAGO A PARTIR DEL MOMENTO QUE DECIDA NO CONTINUAR CON LOS SERVICIOS DE SALUD, EL NO HACERLO LE GENERA MORA, LA CUAL TENDRÁ VIGENCIA HASTA EL MOMENTO EN EL QUE REPORTE SU RETIRO AL SISTEMA. DECRETO 808 ART. 57 DE 1988 Y ART. 59 DECRETO 1405 DE 1999.							
SÓLO DILIGENCIAR SI ES COTIZANTE INDEPENDIENTE PAGO POR TERCERO		Nombre del Tercero		Tipo de Identificación		Identificación del Tercero que realiza el Aporte	
						DV	

INFORMACIÓN PARA SER DILIGENCIADA POR LA EPS

Nombre del ASESOR o PROMOTOR	CÓDIGO ASESOR o PROMOTOR	Nombre de OFICINA
<u>Miguel Valencia</u>	<u>C2186</u>	

CIUDAD Y FECHA

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

FECHA DE RADICACIÓN
03 04 2025

TIPOS DEL TRÁMITE Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

TIPO DE TRÁMITE
 A. Individual: Cotizante o cabeza de familia Beneficiario o afiliado adicional Colectiva Institucional De oficio
 B. REPORTE DE NOVEDADES

CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA SI NO
5. TIPO DE AFILIADO A. Cotizante B. Cabeza de Familia C. Beneficiario D. Afiliado adicional
6. TIPO DE COTIZANTE A. Dependiente B. Independiente C. Pensionado
7. CODIGO

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

PELLIDOS Y NOMBRES
 PRIMER APELLIDO: Agredo SEGUNDO APELLIDO: Gomez PRIMER NOMBRE: Monica SEGUNDO NOMBRE: Paola

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD CC **10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** 1061780424 **11. SEXO BIOLÓGICO** F **12. SEXO IDENTIFICACIÓN** F

NACIONALIDAD Colombiana **14. LUGAR DE NACIMIENTO** CAJICAMA **15. FECHA NACIMIENTO** 11 05 1995

DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA Mestizo **17. COMUNIDAD INDÍGENA** **18. DISCAPACIDAD** SI NO **CAT. DE DISCAPACIDAD** **19. TIENE ENCUENTA ESTA SISBEN?** SI NO **20. CLASIFICACIÓN SISBEN** **NIVEL** **GRUPO**
21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL **22. APT. TELEFONO CELULAR** No tiene **TELEFONO FIJO** No tiene

23. DIRECCIÓN Calle 4A # 56A-08 Tomas de granada **26. RESIDENCIA** 3106794787 **TELEFONO CELULAR** No tiene

MUNICIPIO/DISTRITO Popayan **LOCALIDAD/COMUNA** **ZONA** CAJICAMA **CORREO ELECTRÓNICO** monica.gomez@gnmail.com **DEPARTAMENTO** Cauca **IPS** 7067

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

PELLIDOS Y NOMBRES
 PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD **20. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD** **30. SEXO BIOLÓGICO** **31. SEXO IDENTIFICACIÓN**

NACIONALIDAD **33. LUGAR DE NACIMIENTO** PAÍS DEPARTAMENTO MUNICIPIO **34. FECHA NACIMIENTO** DÍA MES AÑO

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

1. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO BIOLÓGICO	40. SEXO IDENTIFICACIÓN	41. LUGAR DE NACIMIENTO	42. FECHA DE NACIMIENTO

Datos complementarios del beneficiario

43. PATRIENCESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD INDÍGENA	46. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUENTA ESTA SISBEN?	48. CLASIFICACIÓN SISBEN	49. DISCAPACIDAD	50. DISCAPACIDAD FUERZA DE TRABAJO	51. Datos de residencia	ZONA
								DEPARTAMENTO MUNICIPIO DISTRITO	URBANA SUBURBANA RURAL RURAL

52. VALOR DE LA RPS DEL AFILIADO ADICIONAL **DIRECCIÓN** **LOCALIDAD/COMUNA** **CORREO ELECTRÓNICO** **53. IPS** **54. FOLIO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)**

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

Nombre o razón social **55. Tipo documento de identificación** **57. Número del documento de identificación** **TELÉFONO FIJO O CELULAR** **58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)**

Dirección **#** **-** **0** **CORREO ELECTRÓNICO** **DEPARTAMENTO** **MUNICIPIO/DISTRITO**

OPORTUNIDAD DE NOVEDADES

1. TIPO DE NOVEDAD
 9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR
 10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES PARA SEGUIR COTIZANDO
 11. INSCRIPCIÓN EPS RETORNO AL PAÍS. 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

15. TRASLADO A) MISMO RÉGIMEN B) DIFERENTE RÉGIMEN
 16. REPORTE DE FALLECIMIENTO
 17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CEBANTE
 18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO
 19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO
 20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
 21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN
 PRIMER APELLIDO: Agredo SEGUNDO APELLIDO: Gomez PRIMER NOMBRE: Monica SEGUNDO NOMBRE: Paola
 TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: CC NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1061780424 **62. SEXO BIOLÓGICO** F **63. SEXO IDENTIFICACIÓN** F

FECHA NACIMIENTO 11 05 1995 **65. EPS ANTERIOR** **66. FECHA DE NOVEDAD** 03 04 2025 **67. MOTIVO DE TRASLADO** Código **68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES** Independiente

DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad del juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mí.

Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impidan la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad

Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una institución Prestadora de Servicios de Salud.

Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

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.

A) Autorizo mi consentimiento expreso 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.

B) Autorización para que la EPS me contacte con fines meramente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RINE).

Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.

Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Slabén vigentes.

CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA
 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

PELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS
 PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: PRIMER NOMBRE: SEGUNDO NOMBRE:
 TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

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

ANEXOS

Anexo copia del documento de identidad: CN MB RC TI CC CE BC PA CD AS PT

Cantidad: Total: 0

Copia del dictamen de Incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
 Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
 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.
 Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
 Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
 Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
 Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
 Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio

Total Anexos: 0

DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Código del Municipio **Código del departamento** **63. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN**

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

PELLIDOS Y NOMBRES
 TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **65. FIRMA DEL FUNCIONARIO** **66. FECHA DE RADICACIÓN** DÍA MES AÑO **67. FECHA DE VALIDACIÓN** DÍA MES AÑO

Información Afiliado



Fecha

10/04/2025

Tipo de identificación

CC

Número de identificación

1061780424

EPS anterior

SANITAS EPS S.A.

Validación si tiene PAC

-

Causal retiro

-

Estado

ACTIVO

Tipo de afiliado

Cotizante

Régimen

Contributivo

Sexo

Femenino

Edad

29

Nombre

MONICA PAOLA AGREDO GOMEZ

Fecha de nacimiento

1995-05-11

Dirección de residencia

CL 4 A 56A 08

Municipio de residencia

POPAYAN

Departamento de residencia

CAUCA

Fecha inicio vigencia afiliación

2024-03-18

Categoría

A

Teléfono fijo

3225370028

Teléfono móvil

3106744787

Historial de ips y estado

Estado

I.P.S

Activa

SUBSIDIADO-E.S.E. POPAYAN - CENTRO DE SALUD SUROCCIDENTE

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **AGREDO GOMEZ MONICA PAOLA** identificado(a) con **CC** número **1.061.780.424** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 14 de diciembre de 2017 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 11 de abril de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

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

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025041109510



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
MANUAL DE DISCAPACIDAD Y SU POLÍTICA EN EL SENA

Agencia Pública
DE EMPLEO

Hace constar:

Que el Sr(a) MONICA PAOLA AGREDO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061780424 el día 04/08/2025 aprobó la respectiva evaluación de apropiación de conocimientos del Manual de Discapacidad y su Política en el SENA.

La presente constancia tiene validez al interior de la entidad, en la generación de una cultura institucional incluyente, como acción afirmativa para promover acciones integrales y accesibles para las Personas con Discapacidad, de acuerdo con lo contenido en la Resolución 1726 de 2014, mediante la cual el SENA adopta su Política Institucional para la atención de personas con discapacidad.

Dirección de Empleo y Trabajo - Secretaría General - SENA



SERVICIO NACIONAL DE APRENDIZAJE - SENA
SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO



Hace constar:

Que el Sr(a) MONICA PAOLA AGREDO GOMEZ Identificado(a) con cédula de ciudadanía 1061780424 realizó el día 01/06/2025 la Capacitación Módulo 2 - Riesgos en el puesto de trabajo y medidas de prevención de la entidad y aprobó la

Dependencia de Seguridad y Salud en el Trabajo – Secretaría General -

Diseñado por: Grupo Gestión de los Sistemas de Información - Oficina de Sistemas



CERTIFICACION CUMPLIMIENTO CIRCULAR NO 01-03-2025- 0000017

Certifico que el señor (a) contratista: **MONICA PAOLA AGREDO GOMEZ IDENTIFICACIÓN** cedula de ciudadanía No: **1061780424** cumple con los documentos del siguiente perfil

CIUU	Área del contratista	Labor	Exámenes preempleo	Énfasis	Vacunación obligatoria hepatitis B
1855101	Administrativo	Contratista Administrativo	Optometría Glicemia	Psicosocial Musculoesquelético	Si () No (X)

Documentos solicitados en la circular 01-03-2025- 0000017: “Exámenes Preocupacionales para Contratos de Prestación de Servicios Personales emitido por la secretaria general”. Este soporte debe ser entregado con la facturación inicial en cumplimiento del artículo 2.2.4.2.2.18.3 del Decreto 1072 de 2015.

VICTORIA EUGENIA SALAZAR MEDINA

Médico Especialista en Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad del Cauca
Registro 12510-10-2018

Se firma en Popayán el 24 de julio de 2025