

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

DEBE A:

JULIANA ORTIZ MARIN
C.C. 1073512492 DE FUNZA CUND/CA

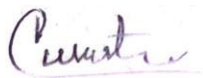
La suma de DOS MILLONES DOSCIENTOS OCHENTA Y DOS MIL DOSCIENTOS OCHENTA PESOS M/CTE, \$2.282.280, por concepto de servicios como Psicóloga en el entorno laboral, durante el periodo de 09 al 31 de enero de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 20-2026



JULIANA ORTIZ MARIN
C.C 1073512492 FUNZA CUND/CA

CUENTA DE AHORROS BANCO DE BOGOTA NÚMERO 123617763

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al mes de enero y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como apoyo a la supervisión.



Maribel Cortes Suarez Apoyo a la
supervisión
Líder localidad de Puente Aranda



063254930

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

08/01/2026

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual - Cotizante o cabeza de familia ☐ - Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiado ☐	4. 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. Código (a registrar por la EPS)
---	---	---	--	--	---	------------------------------------

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: <u>Ortiz</u> Segundo Apellido: <u>Montero</u> Primer Nombre: <u>Polina</u> Segundo Nombre: <u></u>	9. Tipo de documento de identidad <u>C</u>	10. Número del documento de identidad <u>1033512492</u>	11. Sexo biológico Femenino ☒ Masculino ☐	12. Sexo identificación Femenino ☒ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cui ☐	13. Nacionalidad <u>COLOMBIANA</u>
14. Lugar de nacimiento <u>BOGOTÁ</u>	País <u>COLOMBIA</u>	Departamento <u>BOGOTÁ</u>	Municipio <u>BOGOTÁ</u>	15. Fecha de nacimiento <u>18/01/2019</u>	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad SI ☐ NO ☐	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ NO ☐	20. Clasificación SISBÉN Nivel <input type="text"/> Grupo <input type="text"/>	21. Grupo de población especial
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL <u>SURA</u>		23. Administradora de Pensiones <u>PORTUENIR</u>		24. Ingreso base de cotización - IBC <u>\$ 1.750.405</u>		25. Tarifa contribución solidaria
26. Residencia <u>CRA 85 A # 52 A - 16 SUL</u> Dirección: <u>BOGOTÁ</u> Teléfono fijo: <u>66222732</u> Teléfono celular: <u>31022732</u> Correo electrónico: <u>julianthorac@icmail.com</u> Cabezera Municipal ☐ Rural Disperso ☐ Centro Poblado ☐ Resto Rural ☐ Zona: <u>URBANA</u>						

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: <u></u> Segundo Apellido: <u></u> Primer Nombre: <u></u> Segundo Nombre: <u></u>	28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐	31. Sexo identificación Femenino ☐ Masculino ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cui ☐	32. Nacionalidad
33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento <u>D D M M A A A A</u>	

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

35. Apellidos y nombres Primer Apellido: <u></u> Segundo Apellido: <u></u> Primer Nombre: <u></u> Segundo Nombre: <u></u>	
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	
36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	
38. Nacionalidad	39. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☐
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	
40. Sexo identificación F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cui ☐	41. Lugar de nacimiento País <input type="text"/> Departamento <input type="text"/> Municipio <input type="text"/>
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	
42. Fecha de nacimiento <u>D D M M A A A A</u>	
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 <input type="text"/> GRUPO <input type="text"/>	49. Discapacidad SI ☐ NO ☐ CATEGORÍA DISCAPACIDAD <input type="text"/>	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI ☐ NO ☐
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia

Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	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								
Dirección		Localidad / Comuna			Correo electrónico			
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

Vigilado Supersalud

24/12/2024 V3
disapocles 44229

Indep