FUNDACIÓN ACDI/VOCA LA TRANSFORMANDO REALIDADES

COMPROBANTE DE EGRESO CON AFECTACIÓN PRESUPUESTAL

NIT: 901,210,177.4
Cr 10 80 66 Tel: 3212210
COMPROBANTE DE EGRESO No. 10976

Beneficiario: ACEVEDO CARDOZO DEISY PAOLA
NIT/C.C. 1,019,028,753.1 **Tel:** 3213371748
Fecha: 29/08/2025
Valor: 4,243,200

Orden(es) de Pago:
272957

Facturas:
DS592PROI

Descripción:
J1071-01-ICA-592 CONSULTORA PROFESIONAL TERRITORIAL

DETALLE CONTABLE:

Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
511035	ASESORIA TECNICA	1,019,028,753.1	1071	4,243,200	
233525	HONORARIOS	1,019,028,753.1	1071		4,243,200
			SUMAS IGUALES	**4,243,200**	**4,243,200**

DETALLE CE:

Cod. Cuenta	Nombre Cuenta	NIT o C.C.	C.Costos	Débitos	Créditos
233525	HONORARIOS	1,019,028,753.1	1071	4,243,200	
11100511	CTA CTE 17800003666 SED		1071		4,243,200
			SUMAS IGUALES	**4,243,200**	**4,243,200**

Valor en Letras CUATRO MILLONES DOSCIENTOS CUARENTA Y TRES MIL DOSCIENTOS PESOS M.C.********

ANA VICTORIA HIGUERA MORALES
ELABORÓ

ERIKA MARIA ARÀNGO PUERTA
APROBÓ

Recibo individual de pagos - Sucursal Virtual

Bancolombia

NIT. 890.903.938-8

PAGADO AGOSTO 2025
VO 10976

Compañía: FUNDACION ACDI / VOC

NIT Compañía: 0901210177

Fecha Actual: Lunes, 01 de septiembre de 2025 - 10:34 AM

Número de cuenta:	00000000036495369	Tipo de cuenta:	Ahorros
Entidad:	NU	Cuenta local:	E
Nombre de beneficiario:	DEISY PAOLA ACEVED	Documento:	000001019028753
Valor:	4.243.200,00	Cheque:	0
Concepto:	PROD 1	Referencia:	
Estado:	ABONADO EN ENTIDAD DE ACH		
Fecha de aplicación:	29 de Agosto de 2025		

FUNDACIÓN ACDI/VOCA LA TRANSFORMANDO REALIDADES	# ORDEN DE PAGO	CÓDIGO	FN-F-013
		VERSIÓN	1
		FECHA DE VIGENCIA	3/07/2023

Por favor presentar a Contabilidad por lo menos cinco (5) días antes de la fecha requerida de pago

Descripción: Pago producto #1 contrato J1071-01-ICA-592- Consultor Profesional territorial para el Convenio de Cooperación Internacional CO1.PCCNTR.8057332 con la Secretaría de Educación Distrital-SED

Tipo de Pago: [X] **Transferencia** [ ] **Cheque**

Proveedor: DEISY PAOLA ACEVEDO CARDOZO

Dirrección: CL 116 B # 74 A 65

Fecha requerido: 22/08/2025

Número de Factura:

Solicitado Por: Sonia Campos Ramirez *Sonia Campos Ramirez* Fecha: 22/08/2025

Revisado Por: - Fecha:

Aprobado Por: Diana Carolina Cabrera Moreno Fecha: 22/08/2025

Gastos por item			**Códigos**		
			Código de Proyecto	**Area Financiera - Proyectos**	
Fecha	**Descripción**	**Monto**		**Código beneficiario**	**Cuenta Agresso**
22/08/2025	Pago producto #1 contrato J1071-01-ICA-592- Consultor Profesional territorial para el Convenio de Cooperación Internacional CO1.PCCNTR.8057332 con la Secretaría de Educación Distrital-SED	4.243.200	J1071-01-ICA		
i,					
.					

TOTAL : **4.243.200**

INFORMACION DE TRANSFERENCIA BANCARIA

Nombre de la cuenta: DEISY PAOLA ACEVEDO CARDOZO

No. de la cuenta: 36495369

Nit/CC 1.019.028.753

Nombre del Banco: NU

Cidad: Bogota

Descripción/instrucciones especiales: Cuenta de ahorros

Monto Transferir **$** **4.243.200**

AREA FINANCIERA

BASE	%	RETENCIÓN

ANTICIPO

TOTAL A PAGAR

FORMATO 012017

FUNDACIÓN ACDI/VOCA LA TRANSFORMANDO REALIDADES	**DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR**	Código: AD-F-031 Versión: 2 Fecha de vigencia: 01-03-2024

FUNDACION ACDIVOCA L.A.
NIT No. 901.210.177-4
IMPTO RENTA Y COMPL. RÉGIMEN ESPECIAL - CÓD ACTIVIDAD ECONÓMICA 9499

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

PROVEEDOR Y/O CONSULTOR

NOMBRE: Deisy Paola Acevedo Cardozo
NIT / CC: 1019028753
DIRECCIÓN: Carrera 116 b 74 a 65
TELÉFONO: 3213371748
CIUDAD/ MUNICIPIO: Bogotá

CANTIDAD	CONCEPTO	VR UNITARIO	VALOR TOTAL
1	Producto 1 - Contrato consultora independiente J1071-01-ICA -592 1. Plan de trabajo ajustado al cronograma del proyecto con agenda de actividades que incluya, si se requiere, visitas y encuentros colectivos a las familias asignadas. 2. Reporte del espacio COF habilitado en la IED y de condiciones de atención. 3. Resultados de la caracterización de la comunidad educativa y estrategias de vinculación. 4. Informe de su participación en las sesiones de transferencia metodológica. 5.Actas de reuniones iniciales de articulación con la Institución Educativa asignada (adjuntando listados de asistencia y registro fotográfico).		4.243.200
VR. EN LETRAS:	Cuatro Millones Doscientos Cuarenta y Tres Mil Doscientos Pesos M/Cte	**TOTAL A PAGAR**	**4.243.200**

En cumplimiento de lo establecido en el decreto 2231 de 2023, manifiesto bajo gravedad de juramento que no se tomarán costos o deducciones asociados a estos ingresos.

Paola Acevedo Cardozo

Firma: _____
Deisy Paola Acevedo Cardozo
1.019.028.753

Bogotá, 20 de agosto de 2025

Señores.
Fundación ACDI/VOCA LA

Cordial saludo.

Yo, Deisy Paola Acevedo Cardozo, identificada con cédula de ciudadanía número 1019028753 de Bogotá, Consultora Profesional Línea Fortalecimiento en habilidades socioemocionales para el para el Convenio de Cooperación Internacional CO1.PCCNTR.8057332 con la Secretaría de Educación Distrital SED, con Numero de contrato J1071-01-ICA -592, Quiero informar a través de la presente que los aportes al sistema de seguridad social como consultor independiente los realizare de forma mes vencido, comprometiéndome que a la finalización del contrato el 40% estará cubierto con los aportes correspondientes.

Hago constar la validez de esta carta para los fines pertinentes.

Paola Acevedo Cardozo

Deisy Paola Acevedo Cardozo
CC. 1019028753
Cel. 3213371748

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 16/08/2025

189211733

(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 X / Beneficiario o Afiliado adicional; B. Colectiva; C. Institucional; D. De Oficio	A. Contributivo; B. Subsidiado X	Si / No

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante / B. Cabeza de Familia / C. Beneficiario / D. Afiliado adicional	A. Dependiente / B. Independiente / C. Pensionado	(a registrar por la EPS) 59

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
ACEVEDO	CARDOZO	DELLY	HAYDI

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo Identificación	13. Nacionalidad
Cédula Ciudadanía	1079023153	Femenino X / Masculino	F X M T NB Otro Cuál	Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bogotá	Colombia	Bogotá D.C.	Cundinamarca	D D M M A A A A: 17 / 09 / 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	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
Compensar	Porvenir	1697280	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
TV 116 B 74 A 65	

Teléfono Celular	Correo Electrónico
3213371748	Paolaacevedo88@gmail.com

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona: Cabecera Municipal / Centro Poblado / Rural Disperso / Resto Rural
Cundinamarca	Bogotá	Engativa	Cabecera Municipal

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	32. Nacionalidad
		Femenino / Masculino	F M T NB Otro Cual	

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

A. AFILIACIÓN

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 (País / Departamento / Municipio)	42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino / Masculino	F M T NB Otro Cual		D D M M A A A A
B2				Femenino / Masculino	F M T NB Otro Cual		D D M M A A A A
B3				Femenino / Masculino	F M T NB Otro Cual		D D M M A A A A
B4				Femenino / Masculino	F M T NB Otro Cual		D D M M A A A A
B5				Femenino / Masculino	F M T NB Otro Cual		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 SISBÉN	48. Clasificación SISBÉN	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 registrar 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			
B5			

OFIX SAS - NIT: 900.156.826-1 10026458 Sku:23572

Powered by CamScanner

B. REPORTE DE NOVEDADES

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	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 documento de Identificación	57. Número del documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)

59. Ubicación
Dirección | Teléfono fijo o Celular

Correo Electrónico | Departamento | Municipio / Distrito

60. Tipo de Novedad

- [ ] 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- [ ] 3. Actualización del documento de identificación.
- [ ] 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.
- [x] 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.
- [ ] 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 SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación
Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro Cuál	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	01 08 2025	Código	

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 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 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.

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

Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo de documento de identidad	No. del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Toda Acuerdo	

X. ANEXOS

- [ ] 82. Anexo copia del documento de identidad Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
- [ ] 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 de la orden judicial o del 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 dos padres.
- [ ] 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.

Total Anexos

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 INSTITUCION RESPONSABLE 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	97. Fecha de validación
			D D M M A A A A	D D M M A A A A

OBSERVACIONES: Inicio 01-08-2025. Fin 15-12-2025

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

Doc. Identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
	16 AGO 2025 RECIBIDO POR:	2401033

- Original: EPS - 1a Copia: EMPLEADOR- 2a Copia: AFILIADO -

Powered by CamScanner

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DEISY PAOLA ACEVEDO CARDOZO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.019.028.753**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 20 de Agosto del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302141879

Autorizado por la Superintendencia Bancaria para operar el ramo de seguros de riesgos laborales.

Mediante resolución No. 2250 de octubre 14 de 1994

I. TRÁMITE

TIPO DE AFILIACIÓN	ARL ANTERIOR	FECHA DE DILIGENCIAMIENTO
AFILIACION	ARL NO DEFINIDA	21/08/2025 16:59:05

II. DATOS GENERALES DEL CONTRATANTE

TIPO DE DOCUMENTO	No	RAZÓN SOCIAL O NOMBRE	DIRECCIÓN SEDE PRINCIPAL	NÚMERO DE CONTRATO CON LA ARL
NI	901210177	FUNDACION ACDI VOCA L A	CL 79 N 7 32	1137862

III. INFORMACIÓN DEL CENTRO DE TRABAJO DONDE EJERCERÁ SUS FUNCIONES DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

CÓDIGO CENTRO DE TRABAJO	DESCRIPCIÓN ACTIVIDAD ECONÓMICA	CÓDIGO ACTIVIDAD ECONÓMICA	CLASE RIESGO
2	Actividades de arquitectura e ingeniería y otras actividades conexas de consultoría técnica, incluye trabajo de campo para estudios geofísicos, geológicos, topografía, y sismo (Decreto 768 de 2022)	3711001	3

DIRECCIÓN	MUNICIPIO	DEPARTAMENTO
CALLE 79 NO 7 32	BOGOTA, D.C.	Bogota D. C.

IV. DATOS DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE Y DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR

TIPO DE IDENTIDAD	NÚMERO	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
CC	1019028753	ACEVEDO	CARDOZO

NOMBRE(S)	FECHA DE NACIMIENTO	DIRECCIÓN RESIDENCIA
DEISY PAOLA	11/12/1988	Carrera 116 b # 74 A 65

CIUDAD DE RESIDENCIA	TELÉFONO RESIDENCIA	CELULAR	CORREO ELECTRÓNICO	SEXO
BOGOTA, D.C.	3213371748	3213371748	paolaacevedo88@gmail.com	F

LOCALIDAD/COMUNA	ZONA
	Urbana

EPS	CÓDIGO	AFP	CÓDIGO
E.P.S. Sanitas S.A.	5	Porvenir	3

FORMA DE PAGO DE LA COTIZACIÓN	FECHA INICIO COBERTURA	VALOR DEL CONTRATO
Mes Anticipado	22/8/2025	19126709

TIPO DE CONTRATO	FECHA INICIO DE CONTRATO	FECHA TERMINACIÓN CONTRATO	SUMINISTRA TRANSPORTE
CIVIL	1/8/2025	15/12/2025	NO

DEDUCCIONES	INGRESO MENSUAL	IBC	

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 21/08/2025 16:59:05. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302141879

0	4243200	1697280	
TIPO AFILIADO COTIZANTE	SUBTIPO AFILIADO COTIZANTE	TIPO DE MODALIDAD	JORNADA
Independiente con contrato de prestación de servicios superior a 1 mes.	NO DEFINIDO	Teletrabajador	JORNADA UNICA

ACTIVIDAD A DESARROLLAR	CÓDIGO ACTIVIDAD	CLASE DE RIESGO DE LA ACTIVIDAD A DESARROLLAR
Investigaciones y desarrollo experimenta (Decreto 768 de 2022)	3722001	3

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 21/08/2025 16:59:05. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES FORMULARIO DE AFILIACIÓN TRABAJADORES INDEPENDIENTES No. 302141879

HORARIO EN QUE EJECUTARAN LAS ACTIVIDADES																							
Dia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Lunes								X	X	X	X	X	X	X	X									
Martes								X	X	X	X	X	X	X	X									
Miércoles								X	X	X	X	X	X	X	X									
Jueves								X	X	X	X	X	X	X	X									
Viernes								X	X	X	X	X	X	X	X									

DATOS DE AFILIACIÓN SIMULTANEA AL SGRP ARL POR DIFERENTES CONTRATANTES O EMPLEADORES

NOMBRE DE LA ARL	CÓDIGO	NO IDENT CONTRATANTE O EMPLEADOR	NOMBRE CONTRATANTE O EMPLEADOR	TIPO DE CONTRATO
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			
ARL NO DEFINIDA	0			

CON ESTE FORMULARIO SE PERFECCIONA LA AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y CONSTITUYE EL RESPECTIVO CONTRATO DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS LABORALES, REGIDO EN TODOS SUS ASPECTOS POR LO DISPUESTO EN LA LEY 400 DE 1993, EL DECRETO 1295 DE 1994, LA LEY 776 DE 2002 Y EL DECRETO 2800 DE 2003 Y DEMAS NORMAS QUE LO MODIFICAN, ADICIONAN O COMPLEMENTEN.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA CORRESPONDE EXACTAMENTE A LAS ACTIVIDADES A DESEMPEÑAR POR EL CONTRATISTA EN LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO BASE DE ESTA AFILIACIÓN Y CONOZCO LAS OBLIGACIONES DENTRO DEL SGRP EN MI CALIDAD DE CONTRATANTE

DECLARACION PARA LA DETERMINACIÓN DEL RIESGO Y DEFINICIÓN DEL ORIGEN
EN MI CONDICION DE TRABAJADOR INDEPENDIENTE MANIFIESTO MI VOLUNTAD DE AFILIARME AL SISTEMA GENERAL DE RIESGOS LABORALES Y DECLARO QUE LAS ACTIVIDADES ANTERIORMENTE RELACIONADAS, EL HORARIO Y EL LUGAR DONDE DESARROLLARE LAS MISMA, DETERMINAN EL RIESGO Y DEFINEN EL ORIGEN DE LAS CONTINGENCIAS QUE SE LLEGASEN A PRESENTAR.

FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE:

FIRMA DEL TRABAJADOR INDEPENDIENTE

FIRMA REPRESENTANTE DE LA ARL

SELLO DE FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN EN LA ARL

NOMBRE:

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 21/08/2025 16:59:05. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

FUNDACIÓN ACDI/VOCA LA TRANSFORMANDO REALIDADES	**ACTA DE RECEPCION**	Código: AD-F-026 Vesión: 1 Fecha de Vigencia: 01-02-2024

Nombre del Proyecto Convenio de Cooperación Internacional CO1.PCCNTR.8057332 con la Secretaría de Educación Distrital-SED

Codigo del Proyecto J1071-01-ICA-01

Fecha de Recepcion		
22	8	2025
DIA	MES	AÑO

El dia 22 de agosto 2025

Número de Contrato J1071-01-ICA-592

CANTIDAD	UNIDAD	DESCRIPCION	SERIALES
1	1	Recepción y aprobación producto #1 contrato J1071-01-ICA-592 - Consultor profesional territorial para el Convenio de Cooperación Internacional CO1.PCCNTR.8057332 con la Secretaría de Educación Distrital-SED	

Recibido Por: Diana Carolina Cabrera
Cargo: Gerente de Desarrollo Estrategico