CUENTA DE COBRO PERSONA NATURAL

Documento de Cobro de Servicios prestados por personas naturales no comerciantes inscritas en el régimen simplificado (Art 3 decreto 522 de 2003) y Certificación de cumplimiento de requisitos de acuerdo con lo establecido en el parágrafo primero del Artículo 4 del Decreto 2271 de 2009, en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, en la Ley 828 de 2003 y ley 1819 de 2016.

Ciudad y Fecha BOGOTÁ, 2 DE MARZO 2026 **CUENTA DE COBRO NUMERO** **1**

Yo NANCY JANNETH LEIVA HERNANDEZ identificado como aparece al pie de mi firma, me permito manifestar bajo la gravedad del juramento que de conformidad con el art. 330 del Estatuto Tributario mis ingresos seencuentran clasificados acuerdo con la determinación celular informada a continuación:

SI [x] **NO** [ ] Pertenecen a rentas de trabajo

SI [ ] **NO** [X] he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a esta actividad

EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MARTIRES
NIT 899.999.061-9
Avenida Calle 19 No. 28 – 80 Piso 6

DEBE A: NANCY JANNETH LEIVA HERNANDEZ

C.C. 39722169 DE BOGOTA

Por Concepto de: Prestar los servicios asistenciales al fondo de desarrollo local de los mártires en las acciones de acompañamiento territorial para la implementación de estrategias de seguridad y convivencia como gestor local que permitan el uso y disfrute del espacio público en el marco del proyecto 2753

Periodo comprendido entre: 13 de FEBRERO de 2026 y 28 de FEBRERO de 2026

La suma de: **$ 1’740.000** (letras) UN MILLON SETECIENTOS CUARENTA MIL

Tipo de Contrato Prestación de servicios **FDLM-CPS-AG- 251-2026 CPS-AG (148602)** Pago No 1 DE 7

Planilla Pago de seguridad Social No	SE ANEXA CERTIFICADO	y	
Periodo cotizado	SE ANEXA CERTIFICADO	y	
Fecha de pago	SE ANEXA CERTIFICADO	y	
Ingreso Base de Cotización	1’750.905	y	
IBC SEGÚN VALOR COBRADO			**1’750.905**

Favor Consignar en Banco: CAJA SOCIAL Cuenta Ahorros No 24068162917

Conozco la responsabilidad que implica jurar en falso de conformidad con el Código Penal y certifico bajo la gravedad del juramento que los documentos soportes del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y ARL, corresponde a los ingresos provenientes del contrato de prestación de servicios FDLM-CPS-AG-251-2026 CPS-AG (148602), celebrado con EL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES materia del pago sujeto a retención. De igual manera certifico que todo lo declarado anteriormente es verdadero y se puede comprobar en cualquier momento para lo cual otorgo las autorizaciones correspondientes.

FIRMA:

DIRECCION: Calle 54 Sur Nro. 37-11 TELEFONO: 312 4661349

Correo electrónico contacto: nancyleiva01 @yahoo.com

FECHA DE PRESENTACIÓN: 2 DE MARZO 2026 NÚMERO INFORME: 1 PERÍODO: FEBRERO 13 AL 28 FEBRERO 2026	
DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO	
TIPO DE CONTRATO	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN
No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN	251-2026 CPS-AG (148602) 28 DE ENERO DE 2026
NOMBRE DEL CONTRATISTA	NANCY JANNETH LEIVA HERNANDEZ
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)	39722169 DE BOGOTA
NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)	N/A
TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN	N/A
PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN	6 MESES
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 17.400.000
NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL	O230117459920242753
VALOR DEL PERIODO DE COBRO	$ 1’740.000
FECHA ACTA DE INICIO	13 DE FEBRERO DE 2026
PRÓRROGA[1]	N/A
ADICIÓN	N/A
SUSPENSIÓN	N/A
REINICIO	N/A
CESIÓN (CUANDO APLIQUE)	N/A
DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)	N/A
REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)	N/A
VALOR TOTAL DEL CONTRATO	N/A
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO	N/A
FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)	12 DE AGOSTO DE 2026
OBJETO DEL CONTRATO	PRESTAR LOS SERVICIOS ASISTENCIALES AL FONDO DE DESARROLLO LOCAL DE LOS MÁRTIRES EN LAS ACCIONES DE ACOMPAÑAMIENTO TERRITORIAL PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE ESTRATEGIAS DE SEGURIDAD Y CONVIVENCIA COMO GESTOR LOCAL QUE PERMITAN EL USO Y DISFRUTE DEL ESPACIO PÚBLICO EN EL MARCO DEL PROYECTO 2753

APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL		
EPS	ARL	PENSION
SANITAS	POSITIVA	COLPENSIONES
NÚMERO DE PLANILLA	PERIODO COTIZADO	
SE ANEXA CERTIFICADO	SE ANEXA CERTIFICADO	

[1] Si el contrato presenta más de una suspensión y/o adición y/o prórroga se deben incluir las filas requeridas para el registro de la información

DESARROLLO DEL INFORME	
OBLIGACIÓN 1	
Asistir, acompañar y brindar apoyo logístico en los operativos y actividades en el territorio adelantados por el FDLM a los cuales sea convocado o designado concernientes a actividades interinstitucionales, atención de emergencias, actividades masivas, de alta complejidad, que requieran la presencia institucional a fin de garantizar la seguridad y convivencia ciudadana, monitoreo a disturbios, operativos de Inspección, Vigilancia y Control (I.V.C.), de levantamiento de cambuches, poda o semejantes, así como en las actividades propias de la entidad, de conformidad con las programaciones generadas el supervisor y/o apoyo a la supervisión.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Actividad de sostenimiento y desmonte de cambuches la carrilera 14 de febrero 2026 Actividad Mega Toma Barrio la favorita 24 de febrero 2026 Actividad de sostenimiento y desmonte de cambuches la carrilera 25 de febrero 2026	Acta en PDF de reunión cómo soporte documental se adjuntas actas firmadas por el personal asistentes y evidencias fotográficas de las siguientes fechas: 14-24 y 25 de febrero 2026
OBLIGACIÓN 2	
Presentar un informe cronológico y detallado de las actividades programadas semanalmente, junto con el consolidado de manera mensual de los operativos y/o actividades adelantadas por la Alcaldía Local de Los Mártires a los cuales haya asistido, sido convocado o designado.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Actividad de capacitación IDU alcaldía local 24 de febrero 2026	Actas físicas de reunión cómo soporte documental, se adjuntas actas firmadas por el personal asistentes y evidencias fotográficas de las siguientes fechas: 24 de febrero 2026
OBLIGACIÓN 3	
Realizar actas y/o informes periódicos de conformidad con lo requerido por el supervisor y/o apoyo a la supervisión que contenga la Identificación de la problemática en seguridad y convivencia, espacio público, medio ambiente y gestión del riesgo donde haga presencia institucional el FDLM, en aras de gestionar y hacer seguimiento a la sostenibilidad de la recuperación de espacio público en la Localidad.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se presenta los informes de las actividades en físico a la persona correspondiente de su digitalización	Actas físicas de reunión cómo soporte documental, se adjuntas actas firmadas por el personal asistentes y evidencias fotográficas de las siguientes fechas: 14-16-17-18-19-20 y 24 de febrero 2026
OBLIGACIÓN 4	
Dar acompañamiento, sensibilización y orientación en las zonas donde existen ventas informales, uso indebido del espacio público, entornos escolares, y/o semejantes con el fin de garantizar la sana convivencia y evitar las aglomeraciones en las zonas residenciales y comerciales de la localidad, ferias y eventos de temporada de conformidad con las programaciones generadas por el supervisor y/o apoyo a la supervisión.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Actividad acompañamiento a entorno escolares colegio Agustín Nieto 19 de febrero 2026	Acta en PDF de reunión cómo soporte documental se adjuntas actas firmadas por el personal asistentes y evidencias fotográficas de las siguientes fechas: 19 de febrero 2026

OBLIGACIÓN 5	
Apoyar la gestión administrativa del FDLM mediante la actualización de las bases de datos de los actores de movilidad, actores de seguridad, policía nacional, campañas de seguridad, instancias de participación relacionadas con la seguridad y convivencia, especio público y/o semejantes que hacen presencia en el territorio local de conformidad con el medio entregado por el apoyo a la supervisión.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Actividad apoyo administrativo alcaldía local 16 de febrero de 2026 Actividad apoyo administrativo alcaldía local 17 de febrero de 2026 Actividad apoyo administrativo alcaldía local 18 de febrero de 2026	Acta en PDF de reunión cómo soporte documental se adjuntas actas firmadas por el personal asistentes y evidencias fotográficas de las siguientes fechas: 16-17 y 18 de febrero 2026
OBLIGACIÓN 6	
Brindar atención presencial a los ciudadanos, instituciones y entes de control, conforme al objeto contractual	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Para el presente periodo no se realizó actividades	**No se anexo soporte documental para el presente periodo**
OBLIGACIÓN 7	
Apoyar en la elaboración, sustanciación, consolidación y presentación de solicitudes y/o informes requeridos por organismos de control del Estado, comunidad, Secretaría de Gobierno, corporaciones públicas, entidades del nivel distrital, rama judicial y demás autoridades asociadas al objeto contractual	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Para el presente periodo no se realizó actividades	**No se anexo soporte documental para el presente periodo**
OBLIGACIÓN 8	
Guardar y mantener la debida reserva y confidencialidad de los documentos, procesos, expedientes que tenga conocimiento. Así como la reserva establecida en la Ley 1712 de 2014 respecto de documentos o información pública reservados o publica clasificación frente a temas y asuntos tratados y conocidos dentro del desarrollo ejecución del objeto contractual, ante lo cual no se podrá aprovechar para beneficio propio o de un tercero la información conocida con ocasión al desarrollo del objeto contractual, y que contiene su uso, difusión y distribución de mencionada información. Esta reserva o confidencialidad se hace extensible a la información que se escuche o conozcan sin que este medie en documentos escritos. por lo cual no podrá reproducir ni entregar a terceros en medio físico o magnético documentos de los que tenga conocimiento o relacionados con la ejecución del contrato.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Para el presente periodo no se realizó actividades	**No se anexo soporte documental para el presente periodo**
OBLIGACIÓN 9	

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

Realizar a través de la Plataforma Moodle, el Curso de Servicio Atención a la Ciudadanía -La Ciudadanía, Nuestra Razón de Ser, durante el tercer mes de ejecución del contrato y aportar el certificado respectivo (cuya vigencia corresponderá a 3 años contados a partir de su expedición) al supervisor para la tercera cuenta de cobro. De igual forma deberá efectuarse el curso "INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION", conforme a lo indicado en el memorando 20254100174483 en la página web de la función pública. https://www.funcionpublica.gov.co/eva /curso-integridad para el primer pago	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Se realiza el curso de "INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION"	Se adjunto certificado en PDF del curso INTEGRIDAD, TRANSPARENCIA Y LUCHA CONTRA LA CORRUPCION"
OBLIGACIÓN 10	
Entregar al área correspondiente los elementos de propiedad de la alcaldía (chaquetas, cascos, elementos de protección, etc.) que le hayan sido asignados durante la ejecución del contrato, como requisito para aprobar el penúltimo pago.	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Para el presente periodo no se realizó actividades	**No se anexo soporte documental para el presente periodo**
OBLIGACIÓN 11	
Acordar con el supervisor las demás actividades necesarias para garantizar el cumplimiento del objeto contractual	
ACTIVIDAD	**MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL**
Actividad censo comercio formal barrio voto nacional 20 de febrero 2026	Acta en PDF de reunión cómo soporte documental se adjuntas actas firmadas por el personal asistentes y evidencias fotográficas de las siguientes fechas: 20 de febrero 2026
«Nota: Incluya los campos necesarios de acuerdo al número de obligaciones del contrato»	

FIRMAS

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato. Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o (planilla) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago. Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "…los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido…", no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)	**CONTRATISTA** **Firma:** **Nombre: NANCY JANNETH LEIVA HERNANDEZ** **Cédula: 39722169 DE BOGOTA**

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR: Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato. Así mismo, certificó el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.	**SUPERVISOR/INTERVENTOR** Nombre: **JOHN JADER SUAREZ DELGADO** **Cargo: ALCALDE LOCAL DE LOS MÁRTIRES** **Firma:** SUAREZ DELGADO JOHN JADER Firmado digitalmente por SUAREZ DELGADO JOHN JADER Fecha: 2026.03.05 21:29:30 -05'00' APOYO A LA SUPERVISIÓN (CUANDO APLIQUE) Nombre: **HERNANDO ESPELETA MAIGUEL** **Cargo: REFERENTE DE SEGURIDAD** **Firma:**

RADICADO 20260123_01

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **NANCY JANNETH LEIVA HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **39722169,** se encuentra afiliado/a desde **01/10/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 23 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

EPS Sanitas
Nuestro compromiso es contigo
NIT. 800.251.440-6

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Fecha de Radicado: 24/04/2026

189677637

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

A. AFILIACIÓN

I. DATOS DEL TRÁMITE

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

5. Tipo de Afiliado	6. Tipo de Cotizante	7. Código
A. Cotizante X C. Beneficiario B. Cabeza de Familia D. Afiliado adicional	A. Dependiente B. Independiente X 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
LEIVA	HERNANDEZ	NANCY	JANNETH

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	Cuál	13. Nacionalidad
CC	39722169	Femenino X Masculino	F X M T NB Otro		Colombiana

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
Bogotá	Colombia	Bogotá	Bogotá	19/05/1968

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
		$1.750.905	

26. Residencia Dirección	Teléfono Fijo
CALLE 54 A SUR Nº 37 A - 11 INT 8 APTO 404	4962969

Teléfono Celular	Correo Electrónico
31246134 9	nancyleiva01@yahoo.es

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
BOGOTA	BOGOTÁ	TUNJUELITO	Cabecera Municipal X Rural Disperso Centro Poblado Resto Rural

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	Cual	32. Nacionalidad	33. Lugar de nacimiento			34. Fecha de nacimiento
		Femenino Masculino	F M T NB Otro			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	Cual	41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
B1				Femenino Masculino	F M T NB Otro		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B2				Femenino Masculino	F M T NB Otro		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B3				Femenino Masculino	F M T NB Otro		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B4				Femenino Masculino	F M T NB Otro		País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B5				Femenino Masculino	F M T NB Otro		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 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			

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 (Femenino / Masculino)	63. Sexo identificación (F M T NB Otro — Cuál)	64. Fecha de nacimiento (D D M M A A A A)

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad (D D M M A A A A)	67. Motivo de traslado (Código)	68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones
	24012026		

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.
- [x] 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- [x] 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 beneficianos o afiliados adicionales.
- [x] 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.
- [x] 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.
- [x] 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
Nancy Leiva H.	

X. ANEXOS

- [x] 82. Anexo copia del documento de identidad — Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC 1 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 arcticulo 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 1

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

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: Cl 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

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
Email 9.04A	EPS Sanitas OFICINA ZONA IN RECIBIDO PARA VERIFICACIÓN POR LA EPS 24 ENE 2026 RECIBIDO POR:	

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

Powered by CamScanner



AYUDA

- Mis Consultas
- Solicitar Anulación

RADICACION

- Mis Oficios
- Mis Memorandos

CARPETAS

- Mis Entrada(0)
- Mis Oficios(0)
- Mis Memorandos(0)
- Mis Visto Bueno(0)
- Mis Devueltos(0)
- Mis Agendados (0)
- Mis Informados (0)
- Mis Personales (0)

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D.C.
Secretaría Gobierno

LISTADO DE:	USUARIO:	DEPENDENCIA:
Entrada	NANCY JANNETH LEIVA HERNANDEZ	Area de Gestion Policiva

Radicados:

- Escriba los números de radicado que quiere buscar, separados por comas.

NO SE ENCUENTRAN RADICADOS CON LOS DATO

CERTIFICACIÓN CALIDAD TRIBUTARIA DEL CONTRATISTA

Declaración Juramentada

Número de Contrato 251 de 2026

Yo, **NANCY JANNETH LEIVA HERNANDEZ,** identificado(a) con cédula de ciudadanía No. **39722169** expedida en la ciudad de Bogotá.

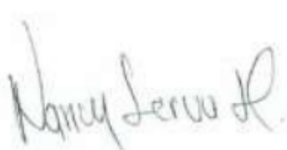
INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	**NO**
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	**NO**
Soy Declarante de Renta año 2025	**NO**
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	**SI**

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumplo con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI/NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas – IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)	**NO**
¿Hago aportes a cuenta AFC – Ahorro de Fomento a la Construcción-? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	**NO**
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	**NO**
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	**NO**
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)	**NO**
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; ¿Decreto 1625 de 2016 artículo 1?2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	**NO**

Se expide y firma a los (02) días del mes de marzo del 2026.



Firma:

Nombre: NANCY JANNETH LEIVA HERNANDEZ

C.C: 39.722.169 de Bogotá

Dirección de correspondencia: Calle 54 a sur #37-11 Bloque 8 Apart 404

Teléfono de contacto: 312-4661349

Correo electrónico institucional: nancy.leiva@gobiernobogota.gov.co

Correo electrónico personal: nancyleiva01@yahoo.es