

Medellin, 28 de abril de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS HACE CONSTAR:

Que **DANIEL CASTAÑO JARAMILLO** con documento de identidad **C1122506558**, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales **SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.** como trabajador(a) de **SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E** con NIT **N900959048**.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

Fecha inicio	Fecha fin	Tipo cotizante	Centro de trabajo	Código C.T	Clase de riesgo	Tasa cotización	Estado cobertura
2026-03-17	3000-12-31	INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES	RIESGO III	000000003	3	2.436	EN COBERTURA

- **Medellín** 604 4444578
- **Bogotá** 601 4055911
- **Cali** 602 3808938
- **Pereira** 606 3138400

- **Manizales** 606 8811280
- **Bucaramanga** 607 6917938
- **Cartagena** 605 6424938
- **Barranquilla** 605 3197938

- **Líneas de atención** 01 8000 511 414 6 01 8000 941 414
- **Línea de conciliación ARL** 3103157562
- **sura.co/arl**



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

**En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

DANIEL CASTAÑO JARAMILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.122.506.558**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 28 de Abril del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.



HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

DANIEL CASTANO JARAMILLO

Identificado con CC 1122506558

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina PASTRANITA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24115464386
Fecha de apertura:	12 de Julio de 2022
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 03 de Marzo de 2026.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

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 IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION 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	Correo Electrónico		Teléfono fijo o Celular
	Departamento	Municipio / Distrito	

60. Tipo de Novedad

<input type="checkbox"/> 1. Modificación de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 2. Corrección de datos básicos de identificación.	<input type="checkbox"/> 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
<input type="checkbox"/> 3. Actualización del documento de identificación.	<input type="checkbox"/> 14. Movilidad: <input type="checkbox"/> A. Régimen Contributivo <input type="checkbox"/> B. Régimen Subsidiado
<input type="checkbox"/> 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	<input type="checkbox"/> 15. Traslado: <input type="checkbox"/> A. Mismo Régimen <input type="checkbox"/> B. Diferente Régimen
<input type="checkbox"/> 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
<input type="checkbox"/> 6. Reporte de pago a través de un tercero Código <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
<input type="checkbox"/> 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
<input type="checkbox"/> 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.	<input type="checkbox"/> 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
<input checked="" type="checkbox"/> 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.	<input type="checkbox"/> 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
<input type="checkbox"/> 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	<input type="checkbox"/> 21. Retiro de Contribución Solidaria.
<input type="checkbox"/> 11. Inscripción EPS retorno al país.	

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
65. EPS anterior	66. Fecha de novedad 04/03/2026	67. Motivo de traslado Código	64. Fecha de nacimiento DDMMAAAA
		68. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

<input checked="" type="checkbox"/> 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
<input checked="" type="checkbox"/> 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 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 vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
<input checked="" type="checkbox"/> 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.
<input checked="" type="checkbox"/> 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
<input checked="" type="checkbox"/> 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
<input checked="" type="checkbox"/> 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 <i>Daniel</i>	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
---	---

X. ANEXOS

<input type="checkbox"/> 82. Anexo copia del documento de identidad	Cantidad de documentos de identidad anexos: CN RC TI CC CE PA CD SC PT
<input type="checkbox"/> 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	
<input type="checkbox"/> 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor	
<input type="checkbox"/> 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia	
<input type="checkbox"/> 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.	
<input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	
<input type="checkbox"/> 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.	

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
Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario	96. fecha de radicación
		97. Fecha de validación	

OBSERVACIONES

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 <i>afuj Spacia</i>	Sello de Radicación	Sticker procesamiento
--	---------------------	-----------------------

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

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE NIT:900.959.048-4

DEBE A:

**Daniel Castaño Jaramillo
CC: 1122506558 de Bogotá**

La suma de **cuatrocientos veintitrés mil quinientos (\$423.500)**, por concepto de servicios como Gestor en línea, en el marco del convenio Equipos Más Bienestar en tu Hogar, durante el periodo de 17 al 31 de marzo de 2026, de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 3451-20256**



**Colocar Firma digital
C.C. 1122506558 de Bogotá**

CUENTA DE AHORRO BANCO CAJA SOCIAL

NUMERO 24115464386

Nota: En constancia del anterior documento equivalente correspondiente al periodo del 17 al 31 de marzo de 2026 y una vez verificado el cumplimiento de los productos, se da visto bueno como líder operativo



**Lixa Soraya Prieto López
Líder Operativo**

Nota: En constancia del anterior documento se da visto bueno como apoyo a la supervisión



**YENNY CAROLINA ESPINOSA PINILLA
Apoyo a la supervisión**

Equipos Más Bienestar en tu Hogar

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA

Versión	3
Fecha de aprobación	2/15/2018
Código:	04-02-FO-0002



INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

NOMBRE DEL CONTRATISTA:	Daniel Castaño Jaramillo						
TIPO DE DOCUMENTO:	C.C	X	C.E	No.	1122506558		
CORREO ELECTRONICO:	danielcastano2004@gmail.com			CELULAR:	3197082121		
UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:				SUBRED			
UBICACIÓN DEL SERVICIO:	EQUIPOS MAS BIENESTAR EN TU HOGAR ASUNCION BOCHICA			SEDE:	SUBRED		
CENTRO DE COSTOS:	Centro de costo	%					
	SU46V07-15	100					
ENTIDAD FINANCIERA:	BANCO CAJA SOCIAL S.A.			TIPO DE CUENTA:	AHORRO		
NUMERO DE CUENTA BANCARIA	24115464386			PENSIONADO	NO		

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

NÚMERO DE CONTRATO	3451			VIGENCIA	2026		
NÚMERO DE CDP	716	FECHA	2026-03-10 15:58:40.000	NÚMERO DE CRP	14637	FECHA	2026-03-24 00:00:00.000
OBJETO DEL CONTRATO:	BACHILLER						
PERIODO CERTIFICADO:	DESDE		FECHA INICIAL	HASTA	FECHA FINAL		
			2026-03-17		2026-03-31		
VALOR HONORARIOS MENSUALES:				\$423,500			
TIPO DE SERVICIOS	Administrativo			RESERVA DE GLOSA 0%	N/A		

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

CONCEPTO	VALORES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:	\$5,714,427
VALOR EJECUTADO	\$423,500
VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA	\$423,500
VALOR A LIBERAR	\$0
SALDO POR EJECUTAR	\$5,290,927
PORCENTAJE DE EJECUCIÓN	7%

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

Número de Planilla	IBC DE COTIZACION	APORTE A SALUD 12.5% IBC	APORTE PENSION 16% IBC	NIVEL ARL	APORTE ARL	TOTAL APORTES
1122506558	\$908,526	\$113,566	\$145,364	3	\$22,132	\$281,062

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Marzo de 2026. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

OBLIGACIÓN	ACTIVIDADES	PRODUCTOS
Cumplir a cabalidad con las actividades afines al perfil de gestor, bachiller, técnico y o tecnólogo, profesional, profesional especializado, conforme a lo establecido por los lineamientos distritales del Modelo de salud MAS Bienestar en el marco de las acciones de los Equipos Mas Bienestar en tu Hogar, en concordancia a estándares institucionales y portafolio de servicios, con criterios de veracidad, calidad, oportunidad y pertinencia según parámetros descritos en los documentos operativos, anexos del convenio, procesos, guías institucionales y nacionales vigentes.	SE REALIZA EL AGENDAMIENTO DE RUTEO PARA EL EQUIPO DE MAS BIENESTAR EN TU HOGAR DE TERRITORIO	BASE DE AGENDAMIENTO DE EMBH
Participar activamente en las jornadas programadas tanto por la SDS como por la Subred o las contempladas en el convenio asignado o por necesidades de abordaje en los territorios.	COMITÉ TERRITORIAL 07 DE MARZO, REUNIÓN SDS 05 DE MARZO, CONTINGENCIA DE PAI 05. 06 Y 07 DE MARZO, APOYO EN JORNADA DE CONTINGENCIA DEL 18 AL 28 DE MARZO, COMITÉ TERRITORIAL 26 DE MARZO, REUNIÓN JEFE YENNY 27 DE MARZO	LISTADO DE ASISTENCIA DE LAS REUNIONES DE LA SECRETARIA DE SALUD
Desarrollar acciones de control social, fortalecer los grupos, organizaciones y redes comunitarias, demanda inducida, información, sensibilización, educación, canalización, agendamiento, atención familiar y o individual, seguimiento, notificación de eventos de interés en salud pública y notificación de alertas a la población identificada.	SE REALIZA Y SE PROYECTA CONTINUAR CON EL AGENDAMIENTO DE RUTEO PARA EL EQUIPO DE MAS BIENESTAR EN TU HOGAR DE TERRITORIO	BASE DE AGENDAMIENTO DE EMBH
Participar en reuniones de asistencia técnica ordinarias o extraordinarias, fortalecimiento de capacidades, inducción o reinducción, comités, programadas por la secretaria Distrital de Salud o por la Subred.	COMITÉ TERRITORIAL 07 DE MARZO, REUNIÓN SDS 05 DE MARZO, CONTINGENCIA DE PAI 05. 06 Y 07 DE MARZO, APOYO EN JORNADA DE CONTINGENCIA DEL 18 AL 28 DE MARZO, COMITÉ TERRITORIAL 26 DE MARZO, REUNIÓN JEFE YENNY 27 DE MARZO	ACTAS DE ASISTENCIA Y LISTADOS DE ASISTENCIA Y SEGUIMIENTOS
Realizar entrega de cronograma mensual de actividades e informes requeridos, productos, bases de datos, aplicativos de la Subred o de la SDS, entre otros, o realizar ajustes de manera oportuna cuando sean requeridos acorde a las observaciones de calidad dada por el supervisor del contrato y o líder del proceso, cumpliendo los principios de veracidad, oportunidad, calidad según dinámica y o programación de cada una de las líneas de intervención.	DILIGENCIAMIENTO DE LOS USUARIOS EN GTAPS Y EN LA BASE DE AGENDAMIENTO DE LOS PROFESIONAL DEL EMBH	BASE DE AGENDAMIENTO DE EMBH
Alistar soportes y presentar auditorías programadas tanto de la Subred, SDS o por entes de control y atender a solicitudes y dar respuesta de manera oportuna a las mismas.	DILIGENCIAMIENTO DE LOS USUARIOS EN GTAPS Y EN LA BASE DE AGENDAMIENTO DE LOS PROFESIONAL DEL EMBH	BASE DE AGENDAMIENTO DE EMBH
Mantener la imagen institucional a través de las actuaciones individuales.	ME IDENTIFICO AL MOMENTO DE INTERACTUAR CON LOS USARIOS QUE PERTENEZCO A LA SUBRED SUROCCIDENTE	CARNET INSTITUCIONAL
Portar los elementos de identificación institucional de manera adecuada y permanente en la ejecución de las acciones, así como el uso eficiente de los insumos para el desarrollo de la actividad. Cuidar y dar buen uso los equipos y o elementos asignados para dar cumplimiento a las obligaciones del convenio.	ME IDENTIFICO AL MOMENTO DE INTERACTUAR CON LOS USARIOS QUE PERTENEZCO A LA SUBRED SUROCCIDENTE	SE HACE USO ADECUADO DE LOS DISPOSITIVOS DE LA ENTIDAD
El contratista guardará completa confidencialidad de forma indefinida sobre la información y documentos a los cuales tenga acceso y conozca en virtud del desarrollo del objeto contractual y del cumplimiento de sus obligaciones, así mismo, dará cumplimiento a la Política de Tratamiento y Protección de Datos Personales de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente y del FFDS y SDS.	SE INFORMA A LOS USUARIOS QUE SE CONTACTAN SOBRE LA PROTECCION DE DATOS	CONFORME A LA LEY 1581 DE 2012 Y GUIONES DE CONTACTO
Cumplir con la normativa de gestión documental para la entrega de soportes y o informes requeridos durante la ejecución del convenio.	SE REALIZA EL AGENDAMIENTO DE RUTEO PARA EL EQUIPO DE MAS BIENESTAR EN TU HOGAR DE TERRITORIO	BASE DE AGENDAMIENTO EMBH
Cumplir con las demás actividades y apoyo que sean requeridas por el supervisor del contrato o quien haga sus veces y estén relacionado con el objeto del mismo.	PARA ESTE MES SE CUENTA CON APOYO DE RUTEO EN PAI POR CONTINGENCIA Y CON APOYO COMO REGISTRADORA EN PAI POR CONTINGENCIA	REALIZACIÓN DE ACTIVIDADES ASIGNADAS, PLANILLAS SE REGISTRO

MONICA VIVIANA BELLO FLOREZ
52744682
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada
Subred Suroccidente