PAGOSIMPLE | REPORTE INDIVIDUAL

Fecha creación reporte 2026-05-21, 09:06:34 a. m. **Tipo Planilla** I **Número Planilla** 1082201866

Periodo Cotización 202604 **Periodo Servicio** 202604

PAGADA 2026-05-21 09:01:39.0

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	JUAN SEBASTIAN CASTAÑEDA CARO				
Documento	CC 1233506999	**Dirección**	CL 7 #92 A - 56 CONJUNTO LA MAGDALENA		
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3081997		
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO	**Total Afiliados**	1
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.		
Representante Legal		**Identificación**			

II. DATOS DEL AFILIADO

Documento	CC 1233506999		**Residente**		**Exonerado**		**Apellidos y Nombres**	**Código Ciudad - Departamento**	**Centro de Trabajo**	**Ubicación Laboral**
Tipo Cotizante	57	00				N	CASTAÑEDA CARO JUAN SEBASTIAN	11001000 - 11		BOGOTA D.C.

III. APORTE POR CADA UNA DE LAS ADMINISTRADORAS ASOCIADAS AL AFILIADO:

Novedades																							**Extranjero**	**Tipo salario**	**Salario**	**Pensión**							**Salud**						**Riesgos**					**Caja**				**Parafiscales**			
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF						**Código AFP**	**Código Tras. AFP**	**Tarifa AFP**	**IBC**	**Total Aporte AFP**	**Total Aporte FSP**	**Total Aporte FSPS**	**Código EPS**	**Código Tras. EPS**	**Tarifa EPS**	**IBC EPS**	**Aporte Salud**	**Aporte UPC**	**Código ARL**	**Clase Riesgo**	**Tarifa ARL**	**IBC ARL**	**Aporte Riesgos**	**Código CCF**	**Tarifa CCF**	**IBC CCF**	**Aporte Caja**	**Tarifa SENA**	**Aporte SENA**	**Tarifa ICBF**	**Aporte ICBF**
															0	30	30	30	0				$ 1.529.700	25-14		16 %	$ 1.750.905	$ 280.200	$ 0	$ 0	EPS001		12,5 %	$ 1.750.905	$ 218.900	$ 0	14-11	3	2,436 %	$ 1.750.905	$ 42.700	NIN-CC	0 %	$ 0	$ 0	0 %	$ 0	0 %	$ 0

IV.TOTALES

Total Aportes Pensión	Total Aportes FSP	Total Aportes FSPS	Total Aportes Salud	Total Aportes Riesgos	Total Aportes Cajas	Total Aportes SENA	Total Aportes ICBF	Total Aportes ESAP	Total Aportes MEN	Total Final
COLPENSIONES	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	ALIANSALUD	ARL SURA	NINGUNA CCF	SENA	ICBF	ESAP	MEN	
$ 280.200	$ 0	$ 0	$ 218.900	$ 42.700	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 541.800

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1233506999
NOMBRES	JUAN SEBASTIAN
APELLIDOS	CASTAÑEDA CARO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ALIANSALUD EPS S.A.	CONTRIBUTIVO	27/07/1999	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	05/28/2026 20:54:46	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado

se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Medellín, 28 de mayo de 2026

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que JUAN SEBASTIAN CASTAÑEDA CARO identificado(a) con C1233506999 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C12335069992614875371

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

10:25



Asistencia y Postest - EAC Rehabilitación Hospitalización y Urgencias

La encuesta tardará aproximadamente 5 minutos en completarse.
Formato para registrar el postest y asistencia al Encuentro de Aprendizaje Continuo que realiza la Subred Sur Occidente.

Puntos: 77/99

Datos del Participante

1. Indicar la Fecha del Postest y Encuentro de Aprendizaje Continuo *

6/5/2026

2. Tipo de Vinculación *

- ○ Planta
- ◉ Contrato/Ops
- ○ Estudiante

forms.cloud

Scanned with CamScanner

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

ASEGÚRATE CODIGO DORADO MAYO 2026

FECHA

RESULTADO:
100.00000000000001
CALIFICACION

Aceptar

NOMBRE DEL PARTICIPANTE

Pregunta requerida

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pregunta requerida

UNIDAD

e.almeraim.com

Scanned with CamScanner

9:19
◀ WhatsApp

Medicion de adherencia Manual de Dispositivos Médicos Reutilizables

Total de puntos 6/6

Nombre completo *

Juan Sebastián Castañeda Caro

Numero de Documento *

1233506999

- ○ Pretest
- ◉ Postest

Hospital donde realiza actividades *

docs.google.com

Scanned with CamScanner

9:18
◀ WhatsApp

Medicion de adherencia Manual de Dispositivos Médicos Reutilizables

Total de puntos 6/6

Nombre completo *

Juan Sebastián Castañeda Caro

Numero de Documento *

1233506999

- (●) Pretest
- ( ) Postest

Hospital donde realiza actividades *

docs.google.com

Scanned with CamScanner

8:50

◄ Teams

Agradecemos la participación en EAC, y recuerda... Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio!

Cosas importantes que puede hacer a continuación

Ver resultados

Guardar mi respuesta

Microsoft Forms

¡Prepárese para su propia invitación al evento!



Comenzar ahora →

Microsoft 365

Microsoft Forms | Encuestas, cuestionari… inteligencia artificial Crear mi propio for…

El propietario de este formulario no ha … privacidad sobre cómo utilizarán los da… proporciones información personal o co… del consumidor | Términos de uso

forms.cloud…

Scanned with CamScanner

8:50
◄ Teams



Pretest - EAC Rehabilitación Hospitalización y Urgencias

Apreciado colaborador a continuación, usted encontrará nueve (9) preguntas relacionadas con el tema de la capacitación, esta evaluación tiene como objetivo identificar los conocimientos que trae sobre el tema y los adquiridos durante la jornada , de manera que podamos establecer la efectividad de la misma. **Lea cuidadosamente cada una de las preguntas y elija la respuesta que considere correcta.**

Puntos: 55/99

Datos del Participante

1. Fecha de Diligenciamiento del Pretest *

6/5/2026

2. Número de Identificación (sin puntos, ni comas) *

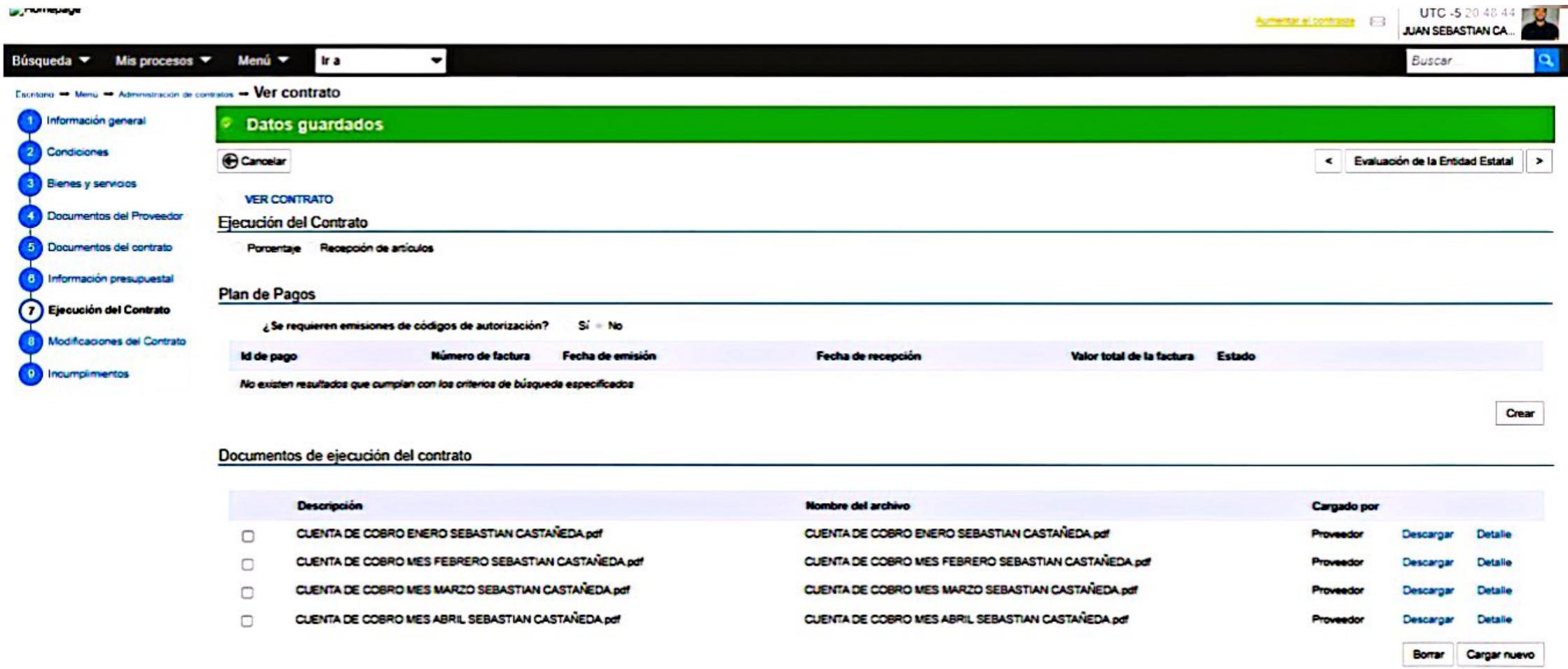
1233506999

3. Nombres y Apellidos Cor

CP

forms.cloud

Scanned with CamScanner



Scanned with CamScanner

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA

LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR

OCCIDENTE E.S.E NIT:900.959.048-4

DEBE A:

JUAN SEBASTIÁN CASTAÑEDA CARO
C.C. 1233506999 de BOGOTA

La suma de $ **3.824.100** (**TRES MILLONES OCHOCIENTOS VEINTICUATRO MIL CIEN MCTE)** por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo con el requerimiento institucional como Fisioterapeuta; en el Hospital de Bosa en el área de Cuidado Intensivo Adulto.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 1 al 31 de mayo de 2026 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios **No 1069-2026.**



JUAN SEBASTIÁN CASTAÑEDA CARO
C.C. 1233506999 de BOGOTA
Cel: 3168232718
CUENTA DE AHORROS NUMERO 043 – 488988 – 71
BANCO BANCOLOMBIA