

INFORME DE CONTRATISTA DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES

Número del Contrato:	CO1.PCCNTR.6935128		
Objeto del Contrato:	PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES PARA DESARROLLAR ACCIONES DE SEGUIMIENTO Y CONTROL A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD, EAPB Y SERVICIOS DE URGENCIAS A LOS AFILIADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD, QUE OPERAN EN EL MUNICIPIO DE CHIA		
Contratista:	JUAN DAVID BLANCO CAMPOS		
No. de NIT	1072714046		
Fecha Inicio del Contrato	Octubre 25 de 2024	Fecha de Terminación	Diciembre 20 de 2024
Periodo del Informe	Noviembre 25 de 2024 a Diciembre 20 de 2024		

DOCUMENTO SOPORTE DE PAGO	
Valor total del Contrato	\$ 9.026.000,00
Valor a Pagar en este periodo	\$ 4.513.000,00
Saldo por Pagar	\$ 0
Pago No.	UNO (2) de DOS (2)

CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS VIGENTES		
A la fecha de presentación del presente informe y documento soporte de pago, BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, manifiesto que tengo vigentes los siguientes contratos adicionales de prestación de servicios, y que realicé el pago de aportes al SSI sobre el 40% del total de los ingresos mensuales así:		
ENTIDAD CONTRATANTE	VALOR MENSUAL DE LOS INGRESOS	FECHA INICIO / FECHA TERMINACIÓN CONTRATO
N/A	N/A	N/A

RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS QUE ACREDITAN PAGOS APORTES A LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL Y PARAFISCALES.			
Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
Salud	82178530	2024 – 11	\$ 225.700.00
Pensión			\$ 288.900.00
ARL			\$ 9.500.00
Tipo de aporte	Planilla N°	Mes al que corresponde el aporte	Valor Pagado
Salud	82561096	2024 – 12	\$ 162.500.00
Pensión			\$ 208.000.00
ARL			\$ 6.800.00

En cumplimiento de las obligaciones establecidas en el contrato No. **CO1.PCCNTR.6935128**, me permito relacionar **las actividades ejecutadas** durante el periodo UNO (1) ENTRE 25 – 10 – 2024 AL 25 – 11 – 2024, en mi condición de contratista conforme a lo siguiente:

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS	ACTIVIDADES DESARROLLADAS
1. Ejecutar con el supervisor del contrato, cronograma de programación de actividades mensuales para ejecución en cada periodo.	Se elabora el cronograma correspondiente buscando dar cumplimiento a los objetivos contractuales, donde se evidencias los siguientes ítems: - Fechas asignadas para la ejecución de las diferentes actividades. - Fecha de inicio y fin de contrato. - Se especifica las tareas para ejecutar cada uno de los objetivos. - Nombre del contratista el cual es el responsable de dicha ejecución. - Estado en el que se encuentra cada uno de las actividades (completa, en curso y no se ha iniciado). Las actividades a completar quedan plasmadas en un acta realizada en compañía de la supervisora.
2. Realizar actividades de seguimiento continuo a la prestación de servicios de Urgencias, verificando el cumplimiento de tiempos normativos desde su clasificación TRIAGE hasta el momento de atención a los usuarios, en las instituciones asignadas y concertadas con el supervisor del contrato.	Se realiza seguimiento y verificación a las instituciones prestadoras de los servicios de urgencias en el municipio de Chía, donde se identifica lo siguientes: - Identificación y conocimiento del triage. - Información general sobre la prestación de servicios. - Publicaciones en carteleras y/o de maneras virtual sobre los derechos y deberes, misión, visión, políticas, valores. - Disponibilidad de información y equipos para atención de emergencias (rutas de residuos, rutas de evacuación, camillas, extintores). - Atención al usuario por parte del personal de la institución. - Servicios habilitados en la entidad. - Número de usuarios en la sala de espera. - Número de usuarios que ya se encuentran recibiendo atención médica. - Numero de consultorios disponibles para la atención médica. - Especificación de cada uno de los consultorios (según sus servicios disponibles). - Horarios de atención para la asignación de citas. - Ruta de atención. - Conocimiento de las diferentes sales/consultorios y profesionales (vacunación, sala ERA, servicio de hospitalización, UCI adultos, UCI menores de edad, Triage de ginecobstetricia, farmacias, sala de espera, triage quirúrgico. Este seguimiento se realizó en: - Clínica de la Sabana La documentación a entregar como evidencia de este segundo objetivo es un acta de visita y registro fotográfico. Lo demás servicios quedan pendiente a ejecutar en el siguiente periodo vigente (noviembre a diciembre) de acuerdo a lo concertado con la supervisora del contrato.

3. Coadyuvar con seguimiento continuo a indicadores de oportunidad, agendas abiertas permanentemente en cada uno de los servicios habilitados (medicina, odontología general y especialidades) en las IPS y red contratada de EAPB presentes en el Municipio de Chía, mediante encuestas aplicada a los usuarios en las instituciones asignadas y concertadas con el supervisor del contrato.	Se realizan las debidas encuestas a los usuarios en las instituciones asignadas y concretadas con la supervisora del contrato. En las siguientes entidades fueron aplicadas las encuestas: - Clínica Chía - Famisanar - Sanitas La documentación a entregar como evidencia de este tercer objetivo es un acta y evidencias de las encuestas realizadas.
4. Realizar la verificación de la entrega oportuna de medicamentos y pendientes, dentro de los tiempos normativos en cada uno de los dispensarios contratados por cada EAPB presentes en el municipio, en las instituciones asignadas y concertadas con el supervisor del contrato.	Se realiza la verificación y el debido seguimiento en los dispensarios de medicamentos que se tiene contratados en cada una de las EAPB PRESENTES EN EL MUNICIPIO DE Chía. Durante el seguimiento se revisan los siguientes ítems: - Los pendientes actuales con los que cuentan. - El manejo de los tiempos de atención al usuario. - Digiturno (Turnos generados, turnos en espera, medición de los tiempos de espera, turnos perdidos, turnos solicitados, total de personas atendidas durante la jornada, historial de usuarios atendidos durante el tiempo establecido) - Funcionamiento en las líneas de frente. - Productividad de los asesores- - Funciones del personal que se encuentra en el dispensario. - Horarios de atención. Se realiza el siguiente en: - Colsubsidio. - Surtidrogas. La documentación a entregar como evidencia de este cuarto objetivo es un acta y el registro fotográfico.
5. Apoyar la verificación del proceso de referencia y contra referencia en las IPS presentes en el municipio de Chía (Clínica Chía, ESE Hospital San Antonio de Chía, Clínica Universidad de la Sabana), validando el cumplimiento de los tiempos normativos, acorde a la programación concertada con el supervisor.	Se realizo el apoyo de la verificación del proceso de referencia y contra referencia. Se realiza el siguiente en: - Clínica Chía

6. Realizar seguimiento a la prestación de servicios de los afiliados por parte de cada una de las EAPB que se encuentran en el municipio, garantizando la atención de manera presencial y mediante canales no presenciales, acorde a la programación concertada con el supervisor.	Se ejecuta el seguimiento a la prestación de los servicios de los afiliados donde se verifican los siguientes aspectos: - Atenciones en canales presenciales y no presenciales. - Disponibilidad de agendas abiertas. - Horarios de atención. - Servicios ofrecidos. - Numero de especialistas, médicos, personal por servicio. Los seguimientos son realizados en: - Salud Total - Nueva EPS - Sura - Famisanar - Sanitas - Coosalud La documentación a entregar como evidencia de este sexto objetivo es un acta y el registro fotográfico. Lo demás servicios quedan pendiente a ejecutar en el siguiente periodo vigente (noviembre a diciembre) de acuerdo a lo concertado con la supervisora del contrato.
7. Brindar información y promoción a los residentes del municipio de Chía en procesos de afiliación al Régimen Contributivo y subsidiado, mecanismos de continuidad del aseguramiento como portabilidad, movilidad.	Durante la brigada de salud programada por la secretaria de salud y el hospital de Chía por medio del programa PIC el día sábado 30 de noviembre de 2024 en el polideportivo del barrio mereces de calahorra se brindó información a la comunidad que asista a dicha actividad sobre: - Los procesos de afiliación al régimen contributivo y subsidiado. - Mecanismos de continuidad del aseguramiento (potabilidad y movilidad). La documentación a entregar como evidencia de este séptimo objetivo es un listado de asistencia de la población y el registro fotográfico.
8. Consolidar información de cada una de las actividades realizadas, que permitan generar estrategias junto a los referentes de cada institución, con el fin de mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud en el municipio de Chía.	Se realiza el presente informe con el fin de consolidar todas las actividades relazadas en el periodo (noviembre – diciembre) de manera exitosa.

9. Identificar barreras de acceso a los servicios de salud por parte de las EAPB, IPS, red contratada que impidan a los usuarios acceder a los servicios de manera oportuna, continua, efectiva y eficaz.	Se realiza seguimiento a los servicios de salud por parte de las diferentes EAPB: Se identifica los siguientes aspectos: - Red contratada - Barreras de acceso - Atención oportuna a los usuarios. - Personal en fila de frente - Personal en atención. La documentación a entregar como evidencia de este noveno objetivo es un acta y el registro fotográfico. Lo demás servicios quedan pendiente a ejecutar en el siguiente periodo vigente (noviembre a diciembre) de acuerdo a lo concertado con la supervisora del contrato.
10. Generar un informe general, consolidando y final de las actividades, resultados como objetivos alcanzados, para el cierre del contrato, generando sugerencias, planes y programas recomendados.	Se entrega informe general con las actividades consolidadas, con los respectivos resultados y objetivos alcanzados y generando las respectivas sugerencias, planes y programas.

Adicionalmente se adjuntan soportes (se indica si hay necesidad de anexa CD, USB, o si se entregan adjuntas)

Si se trata de un contrato o convenio celebrado con anterioridad al 2024 o a través de SECOP I, se debe incluir en manuscrito la firma del contratista

NOMBRE DEL CONTRATISTA
(firma)

Si se trata de un contrato o convenio celebrado a partir del 2024, se debe incluir únicamente el siguiente texto:

El presente informe contiene el soporte de pago correspondiente, para el periodo del informe que se presenta. De igual manera, el presente documento se entenderá presentado por el contratista una vez se realice su respectivo cargue en SECOP II.

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072714046	JUAN DAVID BLANCO CAMPOS		Carrera 14c #6-10	3142299	davidblancocampos11@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-11	2024-11	I	02/12/2024	82178530	TOTAL A PAGAR
					\$560.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	225.700	0		0		0	0	0	0	225.700	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	288.900	0	0	0	0	0	0		288.900	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	9.500				9.500	0	0	9.500			95	9.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	36.200	0	0	36.200	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	225.700	225.700
Pensión	1	288.900	288.900
Riesgos Laborales	1	9.500	9.500
CCF	1	36.200	36.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	560.300	560.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072714046	JUAN DAVID BLANCO CAMPOS		Carrera 14c #6-10	3142299	davidblancocampos11@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-11	2024-11	I	02/12/2024	82178530	10
					TOTAL A PAGAR
					\$560.300

DETALLE POR COTIZANTE																																														
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES							PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES													
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SILN	IOE	IVA	IVA	AVP	VCT	IRL	CONEXIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1072714046	BLANCO CAMPOS JUAN DAVID	57	0		N																	230301	1.805.200	288.900	0	0	0	0	EPS005	1.805.200	225.700	14-11	1.805.200	1	9.500	CCF22	1.805.200	36.200	0	0	0	0	0	

PAGADA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072714046	JUAN DAVID BLANCO CAMPOS		Carrera 14c #6-10	3142299	davidblancocampos11@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1 0
2024-12	2024-12	I	10/12/2024	82561096	TOTAL A PAGAR \$403.300

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	162.500	0		0		0	0	0	0	162.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230301	Porvenir	800224808-8	208.000	0	0	0	0	0	0		208.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	6.800				6.800	0	0	6.800			68	6.800	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	26.000	0	0	26.000	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	162.500	162.500
Pensión	1	208.000	208.000
Riesgos Laborales	1	6.800	6.800
CCF	1	26.000	26.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	403.300	403.300

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1072714046	JUAN DAVID BLANCO CAMPOS		Carrera 14c #6-10	3142299	davidblancocampos11@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	CHÍA	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	10/12/2024	82561096	10
					TOTAL A PAGAR
					\$403.300

DETALLE POR COTIZANTE																																								
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES					
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Exonerado	Columna exonerada	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SILN	IOE	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1072714046	BLANCO CAMPOS JUAN DAVID	57	0			N																		EPS005	1.300.000	162.500	14-11	1.300.000	1	6.800	CCF22	1.300.000	26.000	0	0	0	0	0

PAGADA

**CERTIFICADO DE APORTES AL
SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL**

La empresa **JUAN DAVID BLANCO CAMPOS**, identificada con **CC** número **1072714046**, aportó por **JUAN DAVID BLANCO CAMPOS** identificado(a) con **CC** número **1072714046** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, para para los periodos de pensión comprendidos entre 2024-1 y 2024-12 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I N G	R E T	T A D E	T A D P	T A S P	V S L T	S L N	I G M E	V A C P	V A V P	V C T	V R P	CORRECCIÓN	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
EPS005	Sanitas EPS	57	X											0		6	\$260,000	0.12500	\$32,500	\$0	\$0	Mayo - 2024	81262135	28/10/2024	No
230301	Porvenir	57	X											0		6	\$260,000	0.16000	\$41,600	\$0	\$0	Mayo - 2024	81262135	28/10/2024	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57	X											0		6	\$260,000	0.00522	\$1,400	\$0	\$0	Mayo - 2024	81262135	28/10/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57	X											0		6	\$260,000	0.02000	\$5,200	\$0	\$0	Mayo - 2024	81262135	28/10/2024	No
EPS005	Sanitas EPS	57	X											0		30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Junio - 2024	78359032	03/07/2024	No
230301	Porvenir	57	X											0		30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Junio - 2024	78359032	03/07/2024	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57	X											0		30	\$1,300,000	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Junio - 2024	78359032	03/07/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57	X											0		30	\$1,300,000	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Junio - 2024	78359032	03/07/2024	No
EPS005	Sanitas EPS	57												0		30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Julio - 2024	79029441	05/08/2024	No
230301	Porvenir	57												0		30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Julio - 2024	79029441	05/08/2024	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57												0		30	\$1,300,000	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Julio - 2024	79029441	05/08/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57												0		30	\$1,300,000	0.00600	\$7,800	\$0	\$0	Julio - 2024	79029441	05/08/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57												0	A	30	(\$1,300,000)	(0.00600)	(\$7,800)	\$0	\$0	Julio - 2024	81262199	28/10/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57												0	C	30	\$1,300,000	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Julio - 2024	81262199	28/10/2024	No
EPS005	Sanitas EPS	57					X							0		30	\$1,500,000	0.12500	\$187,500	\$0	\$0	Agosto - 2024	80062418	06/09/2024	No
230301	Porvenir	57					X							0		30	\$1,500,000	0.16000	\$240,000	\$0	\$0	Agosto - 2024	80062418	06/09/2024	No
14-11	ARL SURA	57					X							0		30	\$1,500,000	0.00522	\$7,900	\$0	\$0	Agosto - 2024	80062418	06/09/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57					X							0		30	\$1,500,000	0.00600	\$9,000	\$0	\$0	Agosto - 2024	80062418	06/09/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57					X							0	C	30	\$1,500,000	0.02000	\$30,000	\$0	\$0	Agosto - 2024	80796416	04/10/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57					X							0	A	30	(\$1,500,000)	(0.00600)	(\$9,000)	\$0	\$0	Agosto - 2024	80796416	04/10/2024	No
EPS005	Sanitas EPS	57												0		30	\$1,500,000	0.12500	\$187,500	\$0	\$0	Septiembre - 2024	80794982	04/10/2024	No

El presente certificado se expide a los **12** días del mes **December** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



230301	Porvenir	57																0	30	\$1,500,000	0.16000	\$240,000	\$0	\$0	Septiembre - 2024	80794982	04/10/2024	No
14-11	ARL SURA	57																0	30	\$1,500,000	0.00522	\$7,900	\$0	\$0	Septiembre - 2024	80794982	04/10/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57																0	30	\$1,500,000	0.02000	\$30,000	\$0	\$0	Septiembre - 2024	80794982	04/10/2024	No
EPS005	Sanitas EPS	57																0	30	\$1,500,000	0.12500	\$187,500	\$0	\$0	Octubre - 2024	81470241	05/11/2024	No
230301	Porvenir	57																0	30	\$1,500,000	0.16000	\$240,000	\$0	\$0	Octubre - 2024	81470241	05/11/2024	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57																0	30	\$1,500,000	0.00522	\$7,900	\$0	\$0	Octubre - 2024	81470241	05/11/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57																0	30	\$1,500,000	0.02000	\$30,000	\$0	\$0	Octubre - 2024	81470241	05/11/2024	No
EPS005	Sanitas EPS	57																0	A 30	(\$1,500,000)	(0.12500)	(\$187,500)	\$0	\$0	Octubre - 2024	81593542	07/11/2024	No
230301	Porvenir	57																0	A 30	(\$1,500,000)	(0.16000)	(\$240,000)	\$0	\$0	Octubre - 2024	81593542	07/11/2024	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57																0	A 30	(\$1,500,000)	(0.00522)	(\$7,900)	\$0	\$0	Octubre - 2024	81593542	07/11/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57																0	A 30	(\$1,500,000)	(0.02000)	(\$30,000)	\$0	\$0	Octubre - 2024	81593542	07/11/2024	No
EPS005	Sanitas EPS	57																0	C 30	\$1,800,000	0.12500	\$225,000	\$0	\$0	Octubre - 2024	81593542	07/11/2024	No
230301	Porvenir	57																0	C 30	\$1,800,000	0.16000	\$288,000	\$0	\$0	Octubre - 2024	81593542	07/11/2024	No
14-23	POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS	57																0	C 30	\$1,800,000	0.00522	\$9,400	\$0	\$0	Octubre - 2024	81593542	07/11/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57																0	C 30	\$1,800,000	0.02000	\$36,000	\$0	\$0	Octubre - 2024	81593542	07/11/2024	No
EPS005	Sanitas EPS	57																0	30	\$1,805,200	0.12500	\$225,700	\$0	\$0	Noviembre - 2024	82178530	02/12/2024	No
230301	Porvenir	57																0	30	\$1,805,200	0.16000	\$288,900	\$0	\$0	Noviembre - 2024	82178530	02/12/2024	No
14-11	ARL SURA	57																0	30	\$1,805,200	0.00522	\$9,500	\$0	\$0	Noviembre - 2024	82178530	02/12/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57																0	30	\$1,805,200	0.02000	\$36,200	\$0	\$0	Noviembre - 2024	82178530	02/12/2024	No
EPS005	Sanitas EPS	57																0	30	\$1,300,000	0.12500	\$162,500	\$0	\$0	Diciembre - 2024	82561096	10/12/2024	No
230301	Porvenir	57																0	30	\$1,300,000	0.16000	\$208,000	\$0	\$0	Diciembre - 2024	82561096	10/12/2024	No
14-11	ARL SURA	57																0	30	\$1,300,000	0.00522	\$6,800	\$0	\$0	Diciembre - 2024	82561096	10/12/2024	No
CCF22	Colsubsidio Caja de Compensacion Fliar	57																0	30	\$1,300,000	0.02000	\$26,000	\$0	\$0	Diciembre - 2024	82561096	10/12/2024	No

El presente certificado se expide a los **12** días del mes **December** de **2024**

Este documento está clasificado como privado por parte de Compensar Operador de Información.



BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente JUAN DAVID BLANCO CAMPOS, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1,072,714,046 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 661111781 aperturada el 10 de diciembre de 2020 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 24 de noviembre de 2024.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0661111781
Cuenta de 16 dígitos:	0661000200111781
Cuenta de 20 dígitos:	00130661000200111781

Firma autográfica



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

		Formulario del Registro Único Tributario				001	
2. Concepto 02 Actualización				4. Número de formulario 141067967349			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 1072714046				6. DV 6		12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá	
				14. Buzón electrónico 32			
IDENTIFICACIÓN							
24. Tipo de contribuyente Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento Cédula de Ciudadanía		26. Número de Identificación 1072714046		27. Fecha expedición	
28. País COLOMBIA		29. Departamento Cundinamarca		30. Ciudad/Municipio Chía		175	
31. Primer apellido BLANCO		32. Segundo apellido CAMPOS		33. Primer nombre JUAN		34. Otros nombres DAVID	
35. Razón social							
36. Nombre comercial							
37. Sigla							
UBICACIÓN							
38. País COLOMBIA		39. Departamento Cundinamarca		40. Ciudad/Municipio Chía		175	
41. Dirección principal CR 14 C 5 B 15 BRR IBARO 1							
42. Correo electrónico davidblancocampos11@gmail.com							
43. Código postal				44. Teléfono 1 314299958		45. Teléfono 2	
CLASIFICACIÓN							
Actividad económica				Ocupación			
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		52. Número establecimientos	
46. Código 7010	47. Fecha inicio actividad 20240201	48. Código 0010	49. Fecha inicio actividad 20190205	50. Código 1	2	51. Código	
Responsabilidades, Calidades y Atributos							
53. Código 5							
05- Impto. renta y compl. régimen ordinario							
Usuarios aduaneros				Exportadores			
54. Código				55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3			
				57. Modo 58. CPC			
IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación							
Para uso exclusivo de la DIAN							
59. Anexos SI NO X		60. No. de Folios: 0		61. Fecha 2024 - 07 - 25 / 11 : 19: 04			
La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.				Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.			
Firma del solicitante:				Firma autorizada:			
				984. Nombre BLANCO CAMPOS JUAN DAVID			
				985. Cargo CONTRIBUYENTE			