

COMPONENTE FINANCIERO
30 Y 31 DICIEMBRE 2024



FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

NIT. 900085882-9

Elaboró: Administración
Aprobó: Calidad.
Revisó: Junta Directiva.

Código:
Versión: 2

Fecha: Julio 2022

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

PARA OPERACIONES REALIZADAS CON PERSONAS JURIDICAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
CUENTA DE COBRO No 09

NOMBRE EMPRESA

INSTITUTO COLOMBIANO DE
BIENESTAR FAMILIAR - ICBF

Nit. 899.999.238-2

DEBE A:

FUNDACION

REHABILITACION INTEGRAL

NIT

900085882-9

DIRECCION

CARRERA 3A No 20-54

RODADERO

TELEFONO

CONCEPTO

OBJETO: BRINDAR ATENCION A LAS NIÑAS, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES QUE TIENEN
UN PROCESO ADMINISTRATIVO DE RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS, SERVICIO DE
APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO.

LEGALIZACION 47007192024

Vigencia 30 – 31 diciembre 2024 \$8.168.319

OCHO MILLONES CIENTO SESENTA Y OCHO MIL TRESCIENTOS DIECINUEVE PESOS MCTE.

TOTAL.....\$ 8.168.319

30/01/2025

Firma del Representante Legal

CC 1.083.041.473

E-mail: gerencia@frehabilitacionintegral.com

En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona JURIDICA que pertenezco al régimen ESPECIAL, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo.

consignar a la siguiente cuenta:

CUENTA DE AHORROS LI No. 0780006968 BANCO BBVA

Para trámites de PAGO NOMINAS, SERVICIOS DEL CONTRATO 47007192024

siguientes opciones de números de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos: 0780006968

Cuenta de 16 dígitos: 0780000200006968

DEFINICION DE LOS RUBROS CONTENIDOS EN EL PRESUPUESTO-HOJA DE SEGUIMIENTO												
	Regional	0	Informe correspondiente al período:			Modalidades:		Cupos contratados	Cupos Ejecutados	Cupos Inejecutados	Valor total pagado por modalidad	
	Centro Zonal	0	30 Y 31 diciembre 2024			(1) SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - FUNDACION		46	0	0	0	
	Municipio	0	Fecha de elaboración (dd/mm/aa):			(2) SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - SANTA MARTA		129	0	0	0	
	Entidad contratista	FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL				(3) SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - PLATO		29	0	0	0	
	NIT	900085882-9	Fecha de presentación (dd/mm/aa):			(4) SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - PIVIJAY		23	0	0	0	
	Contrato No.	47007192024				(5) SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - CIENAGA		108	0	0	0	
	Valor del alistamiento	126.199.923	Vigencia desembolso Alistamiento			(6) SERVICIO DE APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO - BANCO		32	0	0	0	
	Fecha desembolso alistamiento					VALOR EJECUCIÓN MES ACTUAL		367	0	0	8.168.319	
CODIGO	EJECUCION DE INGRESOS	1	2	3	4=(1+2)-3	5	(6)	7=(5+6)	8=(7/4)	9		10=(4-7)
1000	OBJETO DEL INGRESO	Presupuesto inicial	Adición	Disminución	Presupuesto al final del periodo ejecutado	Valor ingresos acumulados	Ingresos - mes 1	Valor total ingresos	% Aportes recibidos	Ejecucion de Gastos		Total saldo por ingresar
										Ingresos Pagados	Cuentas por Cobrar	
1100	Aportes ICBF	386.768.088	0	0	386.768.088	0	8.168.319	8.168.319	0,00%	0	0	378.599.769
1200	Donaciones (Cuando aplique)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
1300	Rendimientos Financieros (Cuando aplique)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
1400	Aportes de la institución (Cuando aplique)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
1500	Otros ingresos (Cuando aplique)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
TOTAL INGRESOS		386.768.088	0	0	386.768.088	0	8.168.319	8.168.319	0,00%	0	0	378.599.769

Nombres y apellidos del representante legal	Nombres y apellidos del Tesorero o Contador Público	Nombres y apellidos del Revisor Fiscal (1)
MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA	NELSON DÍAZ VÁSQUEZ	EDITH DEL CARMEN DÍAZ ARRIETA
		
Firma	Firma	Firma

(1) NOTA - Revisor Fiscal : Si está obligado legalmente a tener revisor fiscal.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

GASTOS												
CODIGO	EJECUCION DE GASTOS	1	2	3	4=(1+2)-3	5	6	7=(5+6)	8=(7/4)	9		10=(4-7)
2000	OBJETO DEL GASTO	Presupuesto inicial	Adición	Disminución	Presupuesto al final del periodo ejecutado	Gastos acumulados	Gastos - mes 1	Valor total ejecutado	% aportes ejecutados	Ejecucion de Gastos		Total saldo por ejecutar
										Gastos Pagados	Cuentas por Pagar	
2100	1. TALENTO HUMANO											
2101	Salario	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2102	Auxilio de transporte	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2103	Horas extras y recargo nocturno	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2104	Cesantías	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2105	Vacaciones	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2106	Prima de servicios	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2107	Intereses/cesantías	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2108	Aportes parafiscales (SENA, Icbf y Caja de compensación)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2109	Aportes salud, pensión y ARL	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2110	Honorarios	164.535.000	0	0	164.535.000	0	7.658.319	7.658.319	4,65%	0	0	156.876.681
2111	Dotación trabajadores	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2112	Implementación Sistema Integrado de Gestión	19.100.000	0	0	19.100.000	0	510.000	510.000	0,00%	0	0	18.590.000
2113	Otros gastos (Otros ingresos)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
SUBTOTAL		183.635.000	0	0	183.635.000	0	8.168.319	8.168.319	4,45%	0	0	175.466.681
2200	2. NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES											
2201	Alimentación	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2202	Emergencias y botiquín (Medicamentos no incluidos en el POS)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2203	Educación (Dotación escolar, material pedagógico y de aseo escolar)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2204	Dotación personal	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2205	Dotación de aseo e higiene personal	0	0		0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2206	Recreación	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2207	Dotación lúdico deportiva (por reposición)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2208	Transporte para niños, niñas y adolescentes	49.883.088	0	0	49.883.088	0	0	0	0,00%	0	0	49.883.088
2209	Centros de Interés - Artes (Solo SRPA)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2210	Acciones complementarias para la gestión en el restablecimiento de derechos y/o administración de justicia (Centro de Costos 112)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2211	Orientación para la vida personal, social, profesional y vocacional (Centro de Costos 111)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2212	Dotación básica (Aplica por reposición o adición al contrato)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2213	Dotación menaje alimentación (por reposición)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2214	Encuentros Familiares (Casa de Acogida y Casa de Protección)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2215	Otros gastos (Otros ingresos)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
SUBTOTAL		49.883.088	0	0	49.883.088	0	0	0	0,00%	0	0	49.883.088

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

CODIGO	EJECUCION DE GASTOS	1	2	3	4=(1+2)-3	5	6	7=(5+6)	8=(7/4)	9		10=(4-7)
2000	OBJETO DEL GASTO	Presupuesto inicial	Adición	Disminución	Presupuesto al final del periodo ejecutado	Gastos acumulados	Gastos - mes 1	Valor total ejecutado	% aportes ejecutados	Ejecucion de Gastos		Total saldo por ejecutar
										Gastos Pagados	Cuentas por Pagar	
2300	3. GASTOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS											
2301	Servicios públicos	15.000.000	0	0	15.000.000	0	0	0	0,00%	0	0	15.000.000
2302	Mantenimiento y reparaciones instalaciones locativas	42.250.000	0	0	42.250.000	0	0	0	0,00%	0	0	42.250.000
2303	Utilización de instalaciones en ambientes sanos y adecuados	35.000.000	0	0	35.000.000	0	0	0	0,00%	0	0	35.000.000
2304	Reparación y mantenimiento de dotación institucional	26.000.000	0	0	26.000.000	0	0	0	0,00%	0	0	26.000.000
2305	Papelería	12.000.000	0	0	12.000.000	0	0	0	0,00%	0	0	12.000.000
2306	Aseo	9.000.000	0	0	9.000.000	0	0	0	0,00%	0	0	9.000.000
2307	Transporte personal institución para visitas domiciliarias a los hogares y/o traslado de niños, niñas y adolescentes	6.000.000	0	0	6.000.000	0	0	0	0,00%	0	0	6.000.000
2308	Gravamen a los movimientos financieros (4 por mil)	2.500.000	0	0	2.500.000	0	0	0	0,00%	0	0	2.500.000
2309	Gastos bancarios (comisiones, transferencias y chequeras)	3.000.000	0	0	3.000.000	0	0	0	0,00%	0	0	3.000.000
2310	Servicio de contabilidad	2.500.000	0	0	2.500.000	0	0	0	0,00%	0	0	2.500.000
2311	Otros (lo que se requiera para el adecuado desarrollo de la modalidad)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
2312	Otros gastos (Otros ingresos)	0	0	0	0	0	0	0	0,00%	0	0	0
SUBTOTAL		153.250.000	0	0	153.250.000	0	0	0	0,00%	0	0	153.250.000
TOTAL GASTOS (1+2+3+4+5)		386.768.088	0	0	386.768.088	0	8.168.319	8.168.319	2,11%	0	0	378.599.769
	Nombres y apellidos del representante legal		Nombres y apellidos del Tesorero o Contador				Nombres y apellidos del revisor fiscal (2)					
	MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA		NELSON DÍAZ VÁSQUEZ				EDITH DEL CARMEN DÍAZ ARRIETA					
												
	Firma		Firma				Firma					

(1) NOTA - En ningún caso el informe de seguimiento financiero podrá presentarse con saldos negativos en la columna (10) Total Saldos por ejecutar.

(2) NOTA - Revisor Fiscal: Si está obligado legalmente a tener revisor fiscal.

(3) NOTA - El siguiente cuadro debe ser diligenciado de acuerdo con lo establecido en la cláusula contractual forma de desembolso y en cualquier modificación contractual relacionada con alistamiento, memorandos, lineamientos, manuales y/o documentos que hagan parte integral del macroproceso de Protección.

(4) NOTA: Saldo a Reintegrar por alistamiento: El reintegro por alistamiento se presenta de la siguiente forma: 1). Cuando el contrato abarca dos (2) vigencias se debe: a) Tomar el valor del alistamiento de la primer vigencia y restar el valor de la atención de cupos del último período o mes de esa vigencia, el saldo que resulte debe ser reintegrado. b) Tomar el (los) alistamiento (s) de la vigencia actual y restarle el valor de la atención de cupos del último período contractual; el saldo que resulte debe ser reintegrado según lo establecido en la minuta contractual.
2). Cuando el contrato es en una sola vigencia. Se toma el valor del (los) alistamiento (s) y se resta el valor de la atención de cupos del último período contractual. El saldo debe ser reintegrado de acuerdo con lo establecido en la minuta contractual.

(5) NOTA - En el mes que realicen modificación contractual, en lo relacionado con **adiciones o disminuciones de cupos**; se debe hacer la operación matemática de forma manual en la columna (L) filas del 5 a la 9 según modalidad.

Total Ingresos en el mes	\$	8.168.319	Ingresos Acumulados	\$	8.168.319
Total Egresos en el mes	\$	8.168.319	Egresos Acumulados	\$	8.168.319
Saldo del mes	\$	-	Saldo acumulado	\$	-

Valor alistamientos	\$	126.199.923	MODIFICACIONES CONTRACTUALES	
Menos (-) Valor de la atención del periodo o mes objeto de reintegro	\$	-	Valor Alistamiento por adición Cupos	\$ -
Saldo a Reintegrar Alistamiento	\$	126.199.923	Valor Alistamiento por reducción de cupos a reintegrar	\$ -

	Cantidad	Modalidad
Cupos adicionados	0	0
Cupos adicionados	0	0
Cupos reducidos	0	0
Cupos reducidos	0	0

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!

Cualquier copia impresa de este documento se considera como COPIA NO CONTROLADA.
LOS DATOS PROPORCIONADOS SERÁN TRATADOS DE ACUERDO A LA POLÍTICA DE TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES DEL ICBF Y A LA LEY 1581 DE 2012

**CERTIFICADOS OBLIGACIONES
FINANCIERAS
30 Y 31 DICIEMBRE 2024**



FUNDACIÓN
REHABILITACIÓN
INTEGRAL

Convenio No. 47007192024
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado



**CERTIFICADO DE PAGO OPORTUNO AL PERSONAL CONTRATADO POR LA
FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
ACTIVIDADES CONTRATADAS**

Señores
**INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF
REGIONAL MAGDALENA**

Yo, **MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA**, identificada con cédula de ciudadanía No1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la Entidad contratista FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL identificada con NIT No. 900-085-882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que esta entidad paga oportunamente las cuentas de cobro previamente causadas y auditadas y certificadas para pago, del periodo de **DICIEMBRE DE 2024**, de acuerdo con lo estipulado en el contrato vigente con profesionales y las obligaciones específicas, cláusula 4 forma de pago "La FUNDACIÓN REHABILITACION INTEGRAL, cancelará el valor total del presente de la siguiente manera: número de pagos, cada uno por valor estipulado de acuerdo al contrato vigente. todo mes vencido, el pago se efectuará previa certificación del coordinador (a) presentación de los soportes por parte del CONTRATISTA, con lo siguiente: 1) Informe mensual de la prestación del servicio, que contenga como mínimo: el número de sesiones atendidas, ingresos, egresos y la atendidos; 3) Pago al Sistema de Seguridad Social de acuerdo con la normatividad vigente; (artículo 50 ley 789) 4) Cuenta de cobro por los servicios prestados; 5) Matriz de Seguimiento Proceso de Atención; 6) cumplimiento del PIYC.

Con los profesionales contratados para ejecución del CT 47007192024 vigente entre la FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL Y EL INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF, APOYO PSICOLOGICO ESPECIALIZADO.

El presente certificado se expide dando cumplimiento al decreto 2650 de 1993. Por el cual se busca la uniformidad en el registro de las operaciones económicas realizadas, con el fin de permitir la transparencia de la información contable y, por consiguiente, su claridad, confiabilidad y comparabilidad, NIIF.

Esta certificación se expide a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2024.

Atentamente,

MARIA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal



FUNDACIÓN
REHABILITACIÓN
INTEGRAL

Convenio No. 47007192024
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado



CERTIFICADO DE PAZ Y SALVO DE PROVEEDORES

Señores
**INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF
REGIONAL MAGDALENA**

Yo **EDITH DEL CARMEN ARRIETA VASQUEZ**, identificada con cédula de ciudadanía No 49.606.015 de la ciudad de Valledupar, en mi calidad de Revisor Fiscal de la Entidad contratista FUNDACION REHABILITACIÓN INTEGRAL, identificada con NIT No 900.085.882-9, manifiesto bajo la gravedad de juramento que esta entidad, se encuentra a PAZY SALVO en el periodo de **DICIEMBRE DE 2024**, por todo concepto con todos sus proveedores de bienes y servicios, de acuerdo con las políticas internas de pago.

Esta certificación se expide a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2024.

EDITH DEL CARMEN ARRIETA VASQUEZ
REVISOR FISCAL
C.C 49.606.015
T.P No 138362-T

Certifico por Oferente FUNDACION REHABILITACIÓN INTEGRAL

ANEXO: Fotocopia de la tarjeta profesional y certificado de antecedentes disciplinarios ante la Junta Central de Contadores.



FUNDACIÓN
REHABILITACIÓN
INTEGRAL

Convenio No. 47007192024
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado



CERTIFICADO DE PAGO DE PARAFISCALES

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO ARTÍCULO 50 LEY 789 DE 2002 Y LEY 828 DE 2003 PERSONA JURIDICA

La suscrita **EDITH DEL CARMEN ARRIETA**, identificada cedula de ciudadanía No 49.606.015, en mi calidad de Revisor Fiscal, de la **FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL** a la cual represento no cuenta con personal permanente y/o vinculado por contrato de trabajo en ninguno de los proyectos que al periodo de **DICIEMBRE DE 2024** tiene en ejecución; en ese sentido no tiene obligaciones parafiscales pendientes. El estatuto tributario establece entre otras exenciones según el artículo **114-1**, adicionado por la ley 1819 de 2016, la exoneración de los pagos al SENA, ICBF y aportes a salud, por trabajadores que devenguen menos de 10 salarios mínimos mensuales.

Me permito certificar que, de acuerdo con las normas de auditoría generalmente aceptadas en Colombia, los estados financieros de la compañía, manifiesto bajo la gravedad de juramento que no tengo obligaciones con el Sistema General de Seguridad Social en Pensiones, Salud, ARL y Aportes Parafiscales en los últimos 6 meses, toda vez que no cuenta con personal permanente y/o vinculado por contrato de trabajo en ninguno de los proyectos que al periodo de **DICIEMBRE DE 2024** tiene en ejecución.

Se Certifica que el personal vinculado por contrato de prestación de servicios ha cumplido con todos los pagos al sistema de seguridad social de seguridad social en salud, pensión y riesgos laborales, dando cumplimiento al artículo 50 de ley 789 de 2002 y el decreto 2650 de 1993.

Esta certificación se expide a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2024.

EDITH DEL CARMEN ARRIETA VASQUEZ
T.P No 138362-T
C.C 49.606.015
REVISOR FISCAL



FUNDACIÓN
REHABILITACIÓN
INTEGRAL

Convenio No. 47007192024
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado



CERTIFICADO DE UTILIZACION DE AMBIENTES SANOS

Señores

**INSTITUTO DE BIENESTAR FAMILIAR ICBF
REGIONAL MAGDALENA**

Los abajo firmantes, en calidad de Representante Legal, y en calidad de Revisor Fiscal de la Entidad contratista FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL identificada con NIT No. 900-085-882-9, manifestamos bajo gravedad de juramento que la Utilización de instalaciones en ambientes sanos y adecuados ejecutado del periodo de **DICIEMBRE del 2024**.

Esta certificación se expide a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2024.

Atentamente,

MARIA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal

EDITH DEL CARMEN ARRIETA VASQUEZ
T.P No 138362-T
C.C 49.606.015
REVISOR FISCAL



FUNDACIÓN
REHABILITACIÓN
INTEGRAL

Convenio No. 47007192024
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado



**CERTIFICACION DE CUMPLIMIENTO DEL ARTICULO 2.2.1.2.4.2.16
DEL DECRETO 1860 DE 2021**

SEÑORES:

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR
REGIONAL MAGDALENA**

Yo, **MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA**, identificada con cédula de ciudadanía No 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la entidad Contratista **Fundación Rehabilitación Integral**, identificada con NIT No 900.085.882-9. Manifiesto bajo la gravedad del juramento, que de conformidad con lo establecido en el artículo 2.2.1.2. 42.16 del Decreto 1860 de 2021. La Fundación Rehabilitación integral cumple con garantizar el 5% del valor total del contrato, para el período de **DICIEMBRE DE 2024**, la provisión de bienes o servicios por parte de población en pobreza extrema, desplazados por la violencia, personas en proceso de reintegración o reincorporación y sujetos de especial protección constitucional, en la ejecución del contrato 47007192024 para el servicio de Apoyo Especializado.

Esta certificación se expide a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2024.

Atentamente,

MARIA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal



FUNDACIÓN
REHABILITACIÓN
INTEGRAL

Convenio No. 47007192024
Suscrito entre ICBF y
Fundación Rehabilitación Integral
Servicio Apoyo Psicológico Especializado



CERTIFICACIÓN DE LA ESTRUCTURA DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA

SEÑORES:

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR
FAMILIAR REGIONAL MAGDALENA

Yo, **MARÍA MÓNICA RUBIO ZAMORA**, identificada con cédula de ciudadanía No 1.083.041.473 de la ciudad de Santa Marta, en mi calidad de Representante Legal de la entidad Contratista **Fundación Rehabilitación Integral**, identificada con NIT No 900.085.882-9.

Manifiesto bajo la gravedad de juramento, que el proceso de la información financiera se realiza con los parámetros y estructuras, como lo indican las normas vigentes y de conformidad con las políticas contables de esta entidad. Además, esta información se registra en el software contable SIIGO, donde se emiten los informes financieros, los libros contables y los respectivos auxiliares, de igual forma se cuenta con la implementación de las NIIF y la información actualizada. A su vez se tiene asignado el centro de costos, para el servicio de Apoyo Psicológico Especializado, atendiendo la directriz del ICBF.

Esta certificación se expide a los treinta y un (31) días del mes de diciembre de 2024.

Atentamente,

MARIA MÓNICA RUBIO ZAMORA
C.C. 1.083.041.473
Representante Legal



TARJETA PROFESIONAL
DE CONTADOR PÚBLICO

138362-T

EDITH DEL CARMEN
DÍAZ ARRIETA
C.C. 49605013
RESOLUCIÓN INSCRIPCIÓN 308
UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR

FECHA 27/11/2008

PRESIDENTE
LUIS ALONSO COLMENARES RODRIGUEZ

148433



FIRMA DEL TITULAR

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como
CONTADOR PÚBLICO de acuerdo con lo establecido en
la Ley 43 de 1990.

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta devolverla
al Ministerio de Comercio Industria y Turismo - Junta Central
de Contadores.



UNIDAD
ADMINISTRATIVA
ESPECIAL

**JUNTA CENTRAL
DE CONTADORES**



Certificado No:

8808827900399098

LA REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO
UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

CERTIFICA A:
QUIEN INTERESE

Que el contador público **EDITH DEL CARMEN DIAZ ARRIETA** identificado con CÉDULA DE CIUDADANIA No 49606015 de VALLEDUPAR (CESAR) Y Tarjeta Profesional No 138362-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde los últimos 5 años.

NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS

Dado en BOGOTÁ a los 04 días del mes de Diciembre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

DIRECTOR GENERAL

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web www.jcc.gov.co digitando el número del certificado

**SOPORTES DE PAGOS REALIZADOS
30 Y 31 DE DICIEMBRE
DE 2024**

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO No 8

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	Yudy Patricia Cardona Jaramillo
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 1.045.716.653
TELEFONO: 3183926357	DIRECCION: Cra 34 # 43 - 15 To 3 Apto 708 Venecia In

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios de coordinadora del Servicio de apoyo psicológico especializado. Los días 30 y 31 del mes de diciembre 2024	\$ 518.319
TOTAL A PAGAR	\$ 518.319
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Dieciocho mil Trescientos Diecinueve pesos M/L
Fecha Día Mes año 31 - 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: Yudy Patricia Cardona Jaramillo CC: 1.045.716.653
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de ahorros Banco de Bogotá No. 125238741	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, YUDY PATRICIA CARDONA JARAMILLO identificado con CC No. 1045716653, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 09/07/2024
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO
Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401022662126.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YUDY PATRICIA CARDONA JARAMILLO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1045716653**, se encuentra afiliado/a desde **01/10/2024** 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 30 de diciembre de 2024.



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.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Bogotá, Diciembre / 30 de 2024



Señor (a): YUDY PATRICIA CARDONA JARAMILLO
CC. 1045716653
CR 34 43 15 TO 3 AP 708 VENECIA IN
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Septiembre / 30 de 2019, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA OPERACIONES

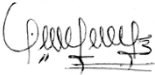
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO No 6

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	CAROLINA SUMALABE GUERRERO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 36.665.604
TELEFONO: 3016092890	DIRECCION: VILAS DE STA CRUZ MZ 6 CASA 116

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como Auxiliar Administrativa del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio Santa Marta. Los días 30 y 31 del mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
VAOR EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31 - 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: Carolina Sumalabe. CC: 36.66.604
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de ahorros Bancolombia No. 781-000001-53	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPañIA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **CAROLINA SUMALABE GUERRERO** identificado con **CC No. 36665604**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 24/01/2025
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO
Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012229164.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPañIA DE SEGUROS S.A.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Carolina Sumalabe Guerrero, identificado(a) con CC número 36665604, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 36665604
NOMBRES Y APELLIDOS	Carolina Sumalabe Guerrero
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	07/04/1976
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/03/2014
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	187 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/05/2024
NIVEL SISBEN	1
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 36665604 CAROLINA SUMALABE GUERRERO Desde 01/08/2024 - Vigente N.I.T. 900410904 BMV CONSTRUCCIONES S.A.S. Desde 30/12/2024 Hasta 01/01/2025N.I.T. 890201334 COMUNIDAD DE HERMANAS DE LA PRESENTACION BUCARAMAN Desde 29/02/2024 Hasta 15/04/2024CEDULA DE CIUDADANIA 36665604 CAROLINA SUMALABE GUERRERO Desde 01/10/2023 Hasta 29/02/2024



**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:

CAROLINA SUMALABE GUERRERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **36.665.604**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir.

La presente certificación se expide el 30 de Diciembre del 2024.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

CUENTA DE COBRO No 6

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA JUDITH BEDOYA DE LEÓN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 1081787216
TELEFONO: 3013839377	DIRECCION: CRA 2 # 15 -21

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio Santa Marta. Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31 - 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: María Bedoya De León.CC: 1081787216
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de ahorros Bancolombia No. 779-564249-87	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, MARIA JUDITH BEDOYA DE LEON identificado con CC No. 1081787216, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 10/01/2025
Estado Afiliación: ACTIVO
Fecha de inicio de Contrato: 01/12/2024
Fecha fin de Contrato: 30/06/2025
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723
Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011364144.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 15 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

Bogotá, Diciembre / 30 de 2024



Señor (a): MARIA JUDITH BEDOYA DE LEON
CC. 1081787216
CL 24A 15 21
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Noviembre / 1 de 2016, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.



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

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.806-8

CERTIFICA QUE:

MARIA JUDITH BEDOYA DE LEON, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.787.216**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Diciembre del 2024.

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBR No 6

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
NIT: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	SOLANGEE MELISSA BORJA DE LEÓN
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CC 1082927236
TELEFONO: 3014885083	DIRECCION: MANZANA F CASA 138, VILLA MARBELLA

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del Servicio de Apoyo Psicológico Especializado de la unidad de servicio SANTA MARTA. Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31 - 12 – 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: SOLANGEE MELISSA BORJA DE LEÓN CC: 1082927236
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo.	
Favor consignar a la cuenta de ahorros Bancolombia No. 51600030071	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	X		

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **SOLANGEE MELISSA BORJA DE LEON** identificado con **CC No. 1082927236**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 09/01/2025
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO
Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011822924.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 29 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS,

CERTIFICA

Que Solangee Melissa Borja De Leon, identificado(a) con CC número 1082927236, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1082927236
NOMBRES Y APELLIDOS	Solangee Melissa Borja De Leon
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	25/01/1991
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/06/2020
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	30 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	30 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/06/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1082927236 SOLANGEE MELISSA BORJA DE LEON Desde 01/07/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1082927236 Trabajador Independiente Desde 21/03/2024 Hasta 30/06/2024

Generado por interfaces

01/01/2025

ESTE DOCUMENTO "NO ES VÁLIDO" PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **BORJA DE LEON SOLANGEE MELISSA** identificado(a) con **CC** número **1.082.927.236** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 20 de junio de 2013 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 01 de enero de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:

Línea de servicio Protección: Bogotá: **744 44 64** - Medellín y Cali **510 90 99**

Barranquilla: **319 79 99** - Cartagena: **642 49 99** - Nacional **01 8000 52 8000**

www.proteccion.com

2025010117473

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA OPERACIONES

REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA

Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO No 5

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL**Nit: 900-085-882-9****DEBE A:**

NOMBRES Y APELLIDOS	Madelis Esther De León Mendoza
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 1.084.744.394
TELEFONO: 3012624828	DIRECCION: Calle 129 Mz 11 vista hermosa

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio de Santa Marta 2 Norte Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31 - 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: CC: 1084744394
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de ahorros Bancolombia No. 51371319593	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	X		

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MADLIS ESTHER DE LEON MENDOZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1084744394**, se encuentra afiliado/a 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 04 de febrero de 2025.



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.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MADELIS ESTHER DE LEON MENDOZA** identificado con **CC No. 1084744394**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 10/01/2025
Estado Afiliación: ACTIVO
Fecha de inicio de Contrato: 01/12/2024
Fecha fin de Contrato: 30/06/2025
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723
Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012147373.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) MADELIS ESTHER DE LEON MENDOZA identificado(a) con CC 1084744394 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 10/08/2021

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA I NIVEL

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE , a los 30 días del mes 1 del año 2025 .

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS.
NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA PERACIONES

REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO No 5

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	María Camila Mieles Herrera
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 1.007.429.769
TELEFONO: 3012564377	DIRECCION: Cra 19ª #9ª-55 pueblo nuevo

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio de El Banco. Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024.	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31 - 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: CC: 1007429769
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de ahorros Bancolombia No. 516-000075-17	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **MARIA CAMILA MIELES HERRERA** identificado con CC No. **1007429769**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 31/12/2024
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO
Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012224065.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A:

NIT. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



**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:

MARIA CAMILA MIELES HERRERA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.007.429.769**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Diciembre del 2024.

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA
OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO No 5
NOMBRE EMPRESA: FUNDACIÓN REHABILITACIÓN INTEGRAL

Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	Dina Luz Buelvas Peña
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 1081918117
TELEFONO: 3114110632	DIRECCION: calle 2 # 11-89

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio Plato Magdalena Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$510.000
TOTAL, A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31 – 12- 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: CC: 1081918117
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo.	
Favor consignar a la cuenta de ahorros Banco Colpatria No. 6272003881	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPL E	NO APLIC A
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado EPS SURA

CERTIFICA

Que DINA LUZ BUELVAS PEÑA identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1081918117 está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1081918117
NOMBRES Y APELLIDOS	DINA LUZ BUELVAS PEÑA
TIPO DE AFILIADO	TITULAR
PARENTESCO	TITULAR
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/12/2022
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SURA	94
SEMANAS COTIZADAS ÚLTIMO AÑO	46

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: 30/12/2024

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

EPS SURAMERICANA S.A
Medellín, Antioquia, Colombia. Líneas de atención: Barranquilla: 605 319 7901, Cali: 602 380 8941,
Medellín: 604 448 61 15, Bogotá: 601 448 7941
Línea Nacional: 01 8000 519 519
epssura.com



**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:

DINA LUZ BUELVAS PEÑA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.918.117**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Diciembre del 2024.

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.

Sociedad Administradora de Fondos de Pensiones y Cesantías S.A. - Nit. 800.144.331-3

Filial de **Grupo AVAL**

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE: BUELVAS PEÑA DINA LUZ
IDENTIFICACIÓN: CC 1081918117
INICIO VIGENCIA TRABAJADOR: 10/01/2024
FECHA INICIO CONTRATO: 10-01-2024
FECHA FIN CONTRATO: 31-12-2024
TIPO DE TRABAJADOR: INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUPERIOR A 1 MES.
CLASE: 3
TASA: 2,436
CONTRATO TRABAJADOR: 301656030
INGRESO MENSUAL: \$1.160.000
ESTADO ACTUAL TRABAJADOR: VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR: 3869101
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de apoyo diagnóstico, incluye las actividades relacionadas con la salud humana, realizadas por unidades independientes a las instituciones prestadoras de servicios de salud con int (Decreto 768 de 2022)

DATOS COTIZANTE

CONTRATANTE: NEUROXTIMULAR S.A.S. IPS
CC /NIT: NI 900344741
CONTRATO: 1194512
SEDE: PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO: ASISTENCIAL
INICIO VIGENCIA CONTRATO: 01/03/2022
ESTADO ACTUAL CONTRATO: ACTIVO
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO: 3869101
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Actividades de apoyo diagnóstico, incluye las actividades relacionadas con la salud humana, realizadas por unidades independientes a las instituciones prestadoras de servicios de salud con int (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 18 días del mes de junio del año 2024.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio
Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de Colmena Seguros, el día 18/06/2024 17:19:23. 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.

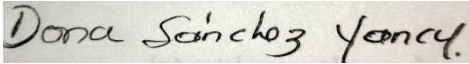
DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA
PARA OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO
No. 6

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	Dona Sánchez Yancy
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	1079915350
TELEFONO: 3013110642	DIRECCION: Diagonal 21 carrera 8-35

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio Pivijay. Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31- 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: Dona Sánchez Yancy CC: 1079915350
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de ahorros Banco De Bogotá No. 471145094	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **DONA PATRICIA SANCHEZ YANCY** identificado con **CC No. 1079915350**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 01/08/2024
Estado Afiliación: INACTIVO
Fecha de inicio de Contrato: 01/07/2024
Fecha fin de Contrato: 31/01/2025
Fecha de Retiro: 31/01/2025
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723
Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012224747.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 6 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A:
NIT. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

 Positiva Compañía de Seguros  @PositivaCol  PositivaCol  PositivaSeguros

www.positiva.gov.co



CERTIFICA QUE

El(La) Señor(a) DONA PATRICIA SANCHEZ YANCY identificado(a) con CC 1079915350 se encuentra afiliado a la EPS.

Fecha de Activación de Servicios: 05/09/2012

Estado de la Afiliación: Vigente

IPS: UT BIENESTAR IPS CLINICA AVIDANTI SANTA MARTA-PIVIJAY

Categoría: A

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para QUIEN INTERESE, a los 6 días del mes 2 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS. NO
VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

PARA OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO

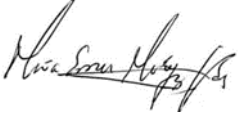
No. 6

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL

Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	María Emma Márquez Paz
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 1221963773
TELEFONO: 30177550317	DIRECCION: Calle 24 #11-58

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio de Ciénaga Magdalena. Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha2 Día Mes año 31 - 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: María Emma Márquez Paz CC: 1121963773

En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo.

Favor consignar a la cuenta de ahorros Banco Colombia No. 48252255322

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		

CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **MARQUEZ PAZ MARIA EMMA** identificado con **Cédula de ciudadanía** número **1221963773** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante**.

Estado de la Afiliación: **Activo**
IPS de atención: **FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría: **A**
Fecha de afiliación: **25/04/2018**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 11 de diciembre del 2024. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,



LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) MARIA EMMA MARQUEZ PAZ identificado(a) con C.C No. 1.221.963.773, se encuentra afiliado(a) al Fondo Pensiones Obligatorias NIT 800.227.940-6.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 11 de diciembre del 2024.

El presente certificado es emitido como un archivo PDF y contiene una firma digitalizada válida para todos sus efectos de conformidad con lo dispuesto en la Ley 527 de 1999.

Cualquier inquietud adicional no dude en escribirnos a través de nuestro portal transaccional www.colfondos.com.co opción PQR's, o comuníquese con nuestro Contact Center a través de las siguientes líneas Bogotá 601 748 48 88, Barranquilla 605 386 98 88, Bucaramanga 607 698 58 88, Cali 602 489 98 88, Cartagena 605 694 98 88, Medellín 604 604 28 88 y en el resto del país 01 800 05 10000.



Leonardo Cáceres García
Gerente Cuentas y Recaudo
Colfondos S.A Pensiones y Cesantías



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, MARIA EMMA MARQUEZ PAZ identificado con CC No. 1221963773, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 03/09/2024
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO
Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401022286197.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

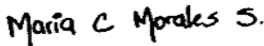
**DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA
PARA OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003**

CUENTA DE COBRO
No. 6

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA CAROLINA MORALES SALAS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 1079935499
TELEFONO: 3214818005	DIRECCION: Mz E1 Cs 48ª Apto 201

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio Santa Marta. Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31 - 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: María Carolina Morales Salas CC: 1079935499
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de ahorros Banco Bancolombia No. 51600016044	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, MARIA CAROLINA MORALES SALAS identificado con CC No. 1079935499, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 09/01/2025
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO
Clase de Riesgo: 2

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501011212032.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 13 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.



COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afiliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento: CC-1079935499
Nombres: MARIA CAROLINA
Apellidos: MORALES SALAS
No. de Carnet: 980F19B2CD5C6152E053020213ACC703
Tipo de afiliado: COTIZANTE
Fecha de afiliación:
Estado de afiliación: Activo
Régimen: Contributivo
IPS:
Departamento - Municipio: MAGDALENA-SANTA MARTA
Categoría: A

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certificación se expide y firma el Monday, December 30, 2024, a solicitud del interesado y es válida hasta el Thursday, January 30, 2025


CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **MORALES SALAS MARIA CAROLINA** identificado(a) con CC número **1.079.935.499** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a **PROTECCIÓN**, desde el día 08 de noviembre de 2018 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**.

Esta constancia se expide a petición del interesado(a) el día 30 de diciembre de 2024.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Línea de servicio Protección: Bogotá: 744 44 64 - Medellín y Cali: 510 90 99
Barranquilla: 319 79 99 - Cartagena: 642 49 99 - Nacional 01 8000 52 8000
www.proteccion.com

2024123012504

Bogotá, Martes 24 de Septiembre de 2024

Señor(a)

MARIA CAROLINA MORALES SALAS

Dirección: CARITOMORALES2323@GMAIL.COM

Teléfono:

SANTA MARTA, MAGDALENA, 48

Consultando el Registro Único de Víctimas (RUV) el día Martes 24 de Septiembre de 2024, nos permitimos informar el estado y hecho(s) victimizante(s) por el cual se encuentra registrado(a) **MARIA CAROLINA MORALES SALAS** identificado(a) con cedula de ciudadanía / contraseña **1079935499**, en calidad de miembro de un núcleo familiar:

DECLARACION RADICADO	ID	RELACION CON DECLARANTE	ESTADO VALORACION	HECHO(S) VICTIMIZANTES(S)	FECHA DEL HECHO VICTIMIZANTE	DEPARTAMENTO DE HECHO VICTIMIZANTE	MUNICIPIO HECHO VICTIMIZANTE
NI000520457	3209518 (RUV)	Hijo(a)/Hijastro(a)	Incluido	Desplazamiento forzado	13/01/2000	MAGDALENA (47)	EL PEÑON (47258)
BH000124368	2838030 (RUV)	Otros Parientes	No Incluido	Desplazamiento forzado	05/02/2008	LA GUAJIRA (44)	PONSECA (44279)

En cuanto a su solicitud de información de las personas que fueron registradas como miembros de su núcleo familiar, no es posible suministrarle la misma, teniendo en cuenta el carácter reservado de los datos contenidos en el Registro Único de Víctimas, es importante señalar que esta información se otorgará únicamente a (el) (la) señor(a): **MEIRA LUCILA SALAS DE LA HOZ** en su calidad de declarante y/o jefe de hogar de la declaración No. **NI000520457**.

En cuanto a su solicitud de información de las personas que fueron registradas como miembros de su núcleo familiar, no es posible suministrarle la misma, teniendo en cuenta el carácter reservado de los datos contenidos en el Registro Único de Víctimas, es importante señalar que esta información se otorgará únicamente a (el) (la) señor(a): **STEVENSON BRITO OÑATE** en su calidad de declarante y/o jefe de hogar de la declaración No. **BH000124368**.

Código Verificación: 2024092411501182

De conformidad con el Artículo 15 de la Constitución, toda la información suministrada por la Víctima y aquella relacionada con la solicitud de Registro es de carácter RESERVADO, citado en el parágrafo 1º del Artículo 156 de la Ley 1448 de 2011; de igual manera el artículo 31 del decreto 4800 en su numeral noveno señala: "Garantizar la confidencialidad, reserva y seguridad de la información y abstenerse de hacer uso de la información contenida en la solicitud de registro o del proceso de diligenciamiento para obtener provecho para sí o para terceros".

Conforme a lo anterior y dadas las facultades legales descritas no se emitirán copias de este documento a ninguna otra entidad, ni persona natural o jurídica.

LOS TRÁMITES Y SERVICIOS QUE OFRECE LA UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS

**SON GRATUITOS Y
NO REQUIEREN DE INTERMEDIARIOS**

Firmado
por:
Diana
Marcela
Gomez
Correal
2024/09/2
5
06:34:28:
448

DIANA MARCELA GOMEZ CORREAL
Directora Técnica de Registro y Gestión de la Información
Unidad para las Víctimas

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA OPERACIONES

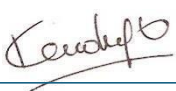
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO No. 6

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	Kendry Laudeth Osuna Navarro
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 1083567082
TELEFONO: 3017503949	DIRECCION: Kr 25ª #18c99

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio Ciénaga. Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31 - 12- 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: Kendry Laudeth Osuna Navarro CC: 1083567082
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de ahorros Banco Bancolombia No. 482-842866-45	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, KENDRY LAIDETH OSUNA NAVARRO identificado con CC No. 1083567082, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 09/07/2024
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO
Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401022665531.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.
NIT. 869.011.153-5. Línea gratuita nacional: 01-8000-111-170 Teléfonos: (BOG) 330-7000
Defensora del Consumidor Financiero: Ana María Roldán Rincón - defensoracliente@positiva.gov.co
Carrera 11A No 96 - 01 Oficina 208 Bogotá. Teléfonos: (BOG) 610 5164

@PositivaCompañía de Seguros @PositivaCol @PositivaCol @PositivaSeguros

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS

www.positiva.gov.co



CERTIFICA QUE:

El (La) Señor(a) **OSUNA NAVARRO KENDRY LAIDETH** identificado con Cédula de ciudadanía número **1083567082** registra en nuestra Base de Datos en condición de: **Cotizante.**

Estado de la Afiliación: **Activo**
IPS de atención: **FUNDACION PROMAGDALENA**
Categoría: **A**
Fecha de afiliación: **08/10/2018**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) **A QUIEN INTERESE** el 30 de diciembre del 2024. Esta es el reflejo de la información registrada en nuestro sistema de información hoy.

Observaciones:

- NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS
- No válido para prestación de servicios que se realiza entre IPS y EPS
- Puede consultar más detalle en nuestra página web www.mutualser.com opción Ser Afiliado
- Línea permanente 24 Horas 018000116882

Cordialmente,

LUIS BARRAZA
Director de Operaciones - Contributivo
infocontributivo@mutualser.org
MUTUAL SER EPS



**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:

KENDRY LAIDETH OSUNA NAVARRO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.567.082**, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 30 de Diciembre del 2024.

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.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO No. 2

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A: MAIRA ALEJANDRA FERNANDEZ BARRANCO

NOMBRES Y APELLIDOS	MAIRA ALEJANDRA FERNANDEZ BARRANCO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	1.081.828.542
TELEFONO:	3046311145

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado Mes de Los días 30 y 31 del diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31- 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: MAIRA ALEJANDRA FERNANDEZ BARRANCO CC: 1.081.828.542
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo.	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		



STAMARTA, Diciembre 30 del 2024

Señora:
FERNANDEZ BARRANCO MAIRA ALEJANDRA
CC. 1081828542
CL 10 A 304 -
Ciudad
Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 27 de 2017. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
FERNANDEZ BARRANCO MAIRA ALEJANDRA	1081828542	C	Mar-27-2017	52	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
MAIRA ALEJANDRA FERNANDEZ BARRANCO	1081828542	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

JAVIER CARREÑO SÁNCHEZ
Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe



**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:

MAIRA ALEJANDRA FERNANDEZ BARRANCO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.081.828.542**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Diciembre del 2024.

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.



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el ramo de Riesgos Laborales de POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A, se identificó que MAIRA ALEJANDRA FERNANDEZ BARRANCO con CC No. 1081828542, registra afiliación en nuestra ARL, con la siguiente información:

Datos del Contratante	Datos de la Relación Laboral
Contratante: NI 899999998 - INDEPENDIENTE VOLUNTARIO (DECRETO 1563/16)	Fecha de última cobertura: 30/09/2024 Estado Afiliación: ACTIVO Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO Fecha de inicio de Contrato: 16/10/2024 Fecha fin de Contrato: 30/11/2024 Clase de Riesgo: 2 Cargo : PSICÓLOGO CLÍNICO Fecha fin de Retiro: SIN FECHA DE RETIRO

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202301021172319.

Esta certificación se expide en la ciudadde Bogotá D.C. a los 30 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA OPERACIONES

REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO No 05

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	Everlides Jiménez Sosa
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	CC: 1.079.915.919
TELEFONO:	3017899277
DIRECCION:	Calle 46 B #65 – 27 Br. El Cisne

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio Santa Marta. Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL, A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L..
Fecha Día Mes año 31 - 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: Everlides Jiménez Sosa CC: 1.079.915.919
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de ahorros Banco Davivienda No. 0570117170028148	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	X		

Medellín, 06 de febrero de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

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

Que EVERLIDES JIMENEZ SOSA identificado(a) con C1079915919 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: C10799159192503757905

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP 10.205.28.13

Bogotá, Febrero / 6 de 2025



Señor (a): EVERLIDES JIMENEZ SOSA
CC. 1079915919
CL 46 B N 65 27 EL CISNE
SANTA MARTA

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Mayo / 19 de 2016, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

**GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.**

Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA

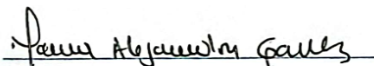
PARA OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO
No. 6

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	MARIA ALEJANDRA GAMEZ
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	1.081.916.727
TELEFONO: 3043482422	DIRECCION: Carrera 7 No 10-14 Alfonso López

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio Sede fundación, Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31- 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: CC: 1.081.916.727
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de NEQUI 3043482422	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

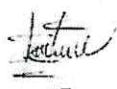
CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a MARIA ALEJANDRA GAMEZ GAMEZ identificado/a con documento de identidad Cédula de Ciudadanía número 1081916727, se encuentra afiliado/a desde 06/07/2019 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 30 de diciembre de 2024.



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.



STAMARTA, Diciembre 30 de 2024

Señora:
GAMEZ GAMEZ MARIA ALEJANDRA
CC. 1081916727
CR 7A 10 14 - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Abril 4 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
GAMEZ GAMEZ MARIA ALEJANDRA	1081916727	C	Abr-4-2023	32	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
MARIA ALEJANDRA GAMEZ GAMEZ	1081916727	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
MARIA ALEJANDRA GAMEZ GAMEZ	1081916727	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	VIGENTE

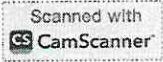
CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, MARIA ALEJANDRA GAMEZ GAMEZ identificado con CC No. 1081916727, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral

Fecha de inicio de cobertura: 01/08/2024
Estado Afiliación: ACTIVO
Fecha de inicio de Contrato: 01/07/2024
Fecha fin de Contrato: 31/01/2025
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723
Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401022667905.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

ACTA DECLARACION CON FINES EXTRAPROCESALES

DCTO. 1557 de 1989 y ART. 298 del C.P.C. Modif. por DCTO 2282 de 1989

Acta No. 16

En la ciudad de SANTA MARTA, Departamento de Magdalena, República de Colombia, a tres (3) días del mes de octubre del año dos mil veinticuatro (2024) ante mí ANGELICA PATRICIA REDONDO LARA, Notari CUARTA del círculo de Santa Marta, doy fe que compareció: EVERLIDES JIMENEZ SOSA, identificado(a) con la Cédula de Ciudadanía número 1079915919 DE PIVIJAY, de estado civil SOLTERA, Domiciliado (a) en SANTA MARTA, CALLE 46B # 65-27 EL CISNE CONJUNTO PARQUE DE BOLIVAR APTO 304 TORRE 3 LA SIERRA, Profesión u Oficio: PISCOLOGA. =====

QUIEN BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO MANIFESTO: =====

1. Mis generales de ley son como han quedado expresado anteriormente =====
2. Que la compareciente declara que es MADRE SOLTERA CABEZA DE HOGAR de 1 menor(es) que responde al nombre de GERONIMO QUINTERO JIMENEZ de 9 Años =====
3. Que la compareciente declara que el menor en mención vive bajo su mismo techo y depende económicamente de ella, quien es la persona que les brinda el sustento y bienestar general =====
4. Que la compareciente declara que el menor en la actualidad NO se encuentra afiliado a CAJA DE COMPENSACIÓN. =====
5. Que requiere la presente ACTA JURAMENTADA con el fin de presentarla A QUIEN INETERESE, para los trámites PERTINENTES. =====
6. Que rinde esta declaración bajo la gravedad del juramento y a sabiendas de las implicaciones legales que le acarrea jurar en falso. Y no tiene ninguna clase de impedimento para rendir esta declaración la cual presta bajo su única y entera responsabilidad. =====

No siendo otro objeto de la presente Diligencia, se firma por el compareciente y por ante mí y conmigo LA NOTARI, quien de lo actual doy fe, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1557 del 14 de Julio de 1989, en concordancia con lo expresado en el Artículo 298 del CPC. -

EXENTA

EL (LA) COMPARECIENTE,

HUELLA

Everlides Jimenez Sosa
CC. 1079915919.

LA NOTARIA

Angelica Patricia Redondo Lara
ANGELICA PATRICIA REDONDO LARA
Notaria Cuarta del Círculo de Santa Marta
ENCARGADA



**DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA
PARA OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003**

CUENTA DE COBRO
No. 1

NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	ELISA MARGARITA VELASQUEZ BECERRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 26717964
TELEFONO: 3014311166	DIRECCION: CARRERA 12 # 5-26

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como psicóloga del servicio de apoyo psicológico especializado de la unidad de servicio de Ciénaga Magdalena. Los días 30 y 31 de diciembre de 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31 - 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: Elisa Margarita Velásquez Becerra CC: 26717964
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo.	
Favor consignar a la cuenta de ahorros Banco de Bogotá No. 220304430	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	X		

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ELISA MARGARITA VELASQUEZ BECERRA** identificado con CC No. **26717964**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 31/12/2024
Estado Afiliación: ACTIVO
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO
Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202501012155772.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 5 días del mes de febrero de 2025.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensorcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502, Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a.m. - 6:00 p.m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADORA
DE TODOS LOS
COLOMBIANOS



STAMARTA, Diciembre 30 de 2024

Señora:
VELASQUEZ BECERRA ELISA MARGARITA
CC. 26717964
CR 12 5 26 05 - 7896589
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Marzo 22 de 2019. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliacion	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliacion	Fecha de desafiliacion EPS	Estado Actual	Discapacidad
VELASQUEZ BECERRA ELISA MARGARITA	26717964	C	Mar-22-2019	52	26	COTIZANTE	VIGENTE		Suspendido por Mora Independiente (Sin Servicio)	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
ELISA MARGARITA VELASQUEZ BECERRA	26717964	Contrato de prestacion de servicios Superior a 1 m	CERRADO
ELISA MARGARITA VELASQUEZ BECERRA	26717964	Dependiente	CERRADO
ELISA MARGARITA VELASQUEZ BECERRA	26717964	Trabajador Independiente	CERRADO
ELISA MARGARITA VELASQUEZ BECERRA	26717964	Trabajador Independiente	CERRADO
ELISA MARGARITA VELASQUEZ BECERRA	26717964	Trabajador Independiente	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **ELISA MARGARITA VELASQUEZ BECERRA** identificado con CC No. **26717964**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 13/12/2024
Estado Afiliación: ACTIVO
Fecha de inicio de Contrato: 01/11/2024
Fecha fin de Contrato: 31/12/2024
Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE 723
Clase de Riesgo: 1

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin de contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prorroga deberá realizar la correspondiente novedad a través de nuestro portal www.positivaenlinea.gov.co, para continuar con la cobertura.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202401022665089.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 30 días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,

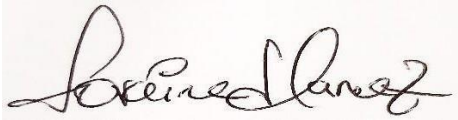
GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPANÍA DE SEGUROS S.A.

DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA PARA OPERACIONES
REALIZADAS CON PERSONAS NO OBLIGADAS A EXPEDIR FACTURA DE VENTA
Art. 3o, D.R 522 de marzo de 2003

CUENTA DE COBRO No. 6
NOMBRE EMPRESA: FUNDACION REHABILITACION INTEGRAL
Nit: 900-085-882-9

DEBE A:

NOMBRES Y APELLIDOS	LORAINÉ LLANOS ZAMORA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACION	Nit o CC: 1083561344
TELEFONO: 3205244811	DIRECCION: CALLE 26 #19-135 CIENAGA

CONCEPTO	VALOR
Honorarios por prestación de servicios como SIGE del servicio de apoyo psicológico especializado. Los días 30 y 31 del Mes de diciembre 2024	\$ 510.000
TOTAL A PAGAR	\$ 510.000
CONCEPTO EN LETRAS	Quinientos Diez Mil Pesos M/L.
Fecha Día Mes año 31 - 12 - 2024	FIRMA DEL BENEFICIARIO  NOMBRE: Loraine Llanos Zamora CC: 1.083.561.344
En mi calidad de prestador de servicios frente a terceros, declaro que soy persona natural que pertenezco al régimen Simplificado del IVA, por lo tanto, de acuerdo a lo establecido en el artículo 555-2 del Estatuto Tributario, en concordancia con las leyes 788 de 2002 y 863 de 2003, así como de sus decretos reglamentarios, no estoy obligado a expedir factura de venta, en constancia de lo cual firmo. Favor consignar a la cuenta de ahorros Banco NEQUI No 3205244811.	

DOCUMENTOS PRESENTADOS PARA APROBACION DE PAGOS

CONCEPTO	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA
PRESENTACION DE INFORME TECNICO Y EVIDENCIA	X		
PRESENTACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	x		

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.

HACE CONSTAR QUE:

Verificada la base de datos de afiliación en el Ramo de Riesgos Laborales se evidenció que, **LORAINÉ CECILIA LLANOS ZAMORA** identificado con **CC No. 1083561344**, registra la siguiente información.

Datos de la Relación Laboral
Fecha de inicio de cobertura: 11/01/2025 Estado Afiliación: ACTIVO Fecha de Retiro: 30/11/2026 Tipo Vinculación: TRABAJADOR INDEPENDIENTE VOLUNTARIO Clase de Riesgo: 1

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 20240101874675.

Esta certificación se expide en la ciudad de Bogotá D.C. a los 11 días del mes de enero de 2025.

Cordialmente,

**GERENCIA DE AFILIACIONES Y
NOVEDADES POSITIVA COMPAÑÍA DE
SEGUROS S.A.**



STAMARTA, Enero 5 de 2025

Señora:
LLANOS ZAMORA LORAINÉ CECILIA
CC. 1083561344
CL 26 N 19 135 BRR OBRERO - 0
Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Agosto 19 de 2020. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem cot	Sem Ant	Parentesco	Estado Afiliación	Fecha de desafiliación EPS	Estado Actual	Discapacidad
LLANOS ZAMORA LORAINÉ CECILIA	1083561344	C	Ago-19-2020	52	26	COTIZANTE	VIGENTE		Suspendido por Mora dependiente (Sin Servicio)	Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
LORAINÉ CECILIA LLANOS ZAMORA	1083561344	Contrato de prestación de servicios Superior a 1 m	CERRADO
LORAINÉ CECILIA LLANOS ZAMORA	1083561344	Independiente Voluntario al Sistema de Riesgos Lab	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerente de Operaciones Comercial
SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos



**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:

LORAINE CECILIA LLANOS ZAMORA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.083.561.344**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Enero 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.