

|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------------------|--------------------------------|---------------|
| <br><b>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</b> |                                          | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E                             |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                   |                     |                          |                           | CO-OPS-PT-11 V6                    |                                |               |
| <b>DATOS DEL INFORME</b>                                                                                                  |                                          |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| Período a Certificar:                                                                                                     | Desde:                                   | 01-Sep-21                                                                    |                     | Hasta:                   | 30-Sep-21                 |                                    |                                |               |
| Nombre del Contratista:                                                                                                   | Ruth Daniela Pabón Martínez              |                                                                              |                     | Cédula:                  | 1030685567                |                                    |                                |               |
| Correo Electrónico:                                                                                                       | ruthdanielapabon@gmail.com               |                                                                              |                     | Teléfono(s):             | 3125915246                |                                    |                                |               |
| Nombre del Supervisor - Contratista:                                                                                      | KAREN LORENA VARGAS PARRAQUE             |                                                                              |                     | Perfil:                  | PROFESIONAL ESPECIALIZADA | No. CTO:                           | 8653-2021                      |               |
| <b>DATOS DEL CONTRATO</b>                                                                                                 |                                          |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| NO CONTRATO:                                                                                                              | 6961-2021                                | Año Contrato:                                                                | 2021                | C.D.P. CONTRATO INICIAL: |                           | 2396                               |                                |               |
| PERFIL:                                                                                                                   | TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERA            |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| DIRECCION A LA QUE PERTENECE:                                                                                             | DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| UNIDAD DE SERVICIOS:                                                                                                      | VISTA HERMOSA                            |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| <b>LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS</b>                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| SERVICIOS                                                                                                                 | UNIDAD                                   | CENTRO DE COSTOS                                                             | CANT HORAS ESTANDAR | CANT HORAS ADICIONALES   | VALOR HORA                | TOTAL                              | PORCENTAJE(%) CENTRO DE COSTOS |               |
| DIRECCION DE AMBULATORIOS                                                                                                 | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| DIRECCION DE URGENCIAS                                                                                                    | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| DIRECCION DE HOSPITALARIOS                                                                                                | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| UCI PEDIATRICA                                                                                                            | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| UCI NEONATAL                                                                                                              | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| UCI ADULTOS                                                                                                               | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| DIRECCION COMPLEMENTARIOS                                                                                                 | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| CONVENIO APH                                                                                                              | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| SRC                                                                                                                       |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | \$ -                               | 0.00%                          |               |
| RURALIDAD                                                                                                                 | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD                                        | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| GESTION DEL RIESGO                                                                                                        | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| CONVENIO INTERADMINISTRATIVO No. 2612819-2021                                                                             | VISTA HERMOSA                            | IC29H619                                                                     |                     |                          | \$ 2,232,442              |                                    | 100.00%                        |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          | \$ -                      |                                    | 0.00%                          |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          | \$ -                      |                                    | 0.00%                          |               |
| SALUD PUBLICA PIC                                                                                                         | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| HONORARIOS                                                                                                                | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| REMUNERACION                                                                                                              | Mostrar                                  |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| VALOR SERVICIO PRESTADO MES                                                                                               | \$ 2,232,442                             | DOS MILLONES DOSCIENTOS TREINTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y DOS PESOS |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| <b>EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO</b>                                                                                |                                          |                                                                              |                     |                          |                           |                                    |                                |               |
| FECHA INICIO CONTRATO                                                                                                     |                                          | 9/1/2021                                                                     |                     |                          |                           | FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL |                                | 11/30/2021    |
| No. PRORROGA                                                                                                              | FECHA INICIO                             | FECHA TERMINACION                                                            | No. ADICION         | VALOR ADICION            | CDP                       | N. CUENTA SEGUN MES CERTIFICADO    | MES CUENTA DE COERO            | VALOR A PAGAR |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 1                                  |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 2                                  |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 3                                  |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 4                                  |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 5                                  |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 6                                  |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 7                                  |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 8                                  |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 9                                  | Septiembre                     | \$ 2,232,442  |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 10                                 |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 11                                 |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 12                                 |                                |               |
|                                                                                                                           |                                          |                                                                              |                     |                          |                           | 13                                 |                                |               |
| VALOR INICIAL DEL CONTRATO                                                                                                |                                          | VALOR TOTAL DEL CONTRATO                                                     |                     | PAGOS REALIZADOS         |                           | SALDO DEL CONTRATO                 |                                |               |
| \$ 6,697,326                                                                                                              |                                          | \$ 6,697,326                                                                 |                     | \$ 2,232,442             |                           | \$ 4,464,884                       |                                |               |

| EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               |                                                                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (Las estipuladas en la minuta)                                                                                                                                                                                                                       | ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERÍODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN                                                                    | PRODUCTO O EVIDENCIA                                                                                     |
| 1. APOYAR EN LA ADECUADA IMPLEMENTACIÓN DE LOS PROTOCOLOS INSTITUCIONALES PARA EL MANEJO LA PREVENCIÓN, CONTENCIÓN Y MITIGACIÓN DEL RIESGO DE CONTAGIO COVID-19.                                                                                                              | CAPACITACIONES DE MANEJO DE PREVENCIÓN DE COVID 19                                                                                            | ACTAS MANUELES                                                                                           |
| 2. DIFUNDIR EL INSTRUMENTO DE REGISTRO DE CONDICIONES AL INGRESO DE LOS ESTUDIANTES, DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS DE LA IED ASIGNADA, DE ACUERDO CON EL LINEAMIENTO DEL MEN, LA SED Y RESOLUTO INSTITUCIONAL.                                                                   | REGISTRO DE INGRESO DE INGRESO DE LOS ESTUDIANTES, DOCENTES Y ADMINISTRATIVOS AL PLANTEL EDUCATIVO DE ACUERDO CON LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD | PLANILLAS DE ASISTENCIA DE LOS ESTUDIANTES, DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO EN LOS PLANTEL EDUCATIVOS |
| 3. EFECTUAR BAJO LA DIRECCIÓN DE LA IED ASIGNADA, EL REPORTE DE CASOS COVID 19 EN LA IED, EN EL FORMULARIO ALOJADO EN LA PAGINA INSTITUCIONAL DE LA SED.                                                                                                                      | REPORTAR POSIBLES CONTAGIOS DE COVID 19 EN LA IED                                                                                             | REGISTRO DE SÍNTOMAS POR POSIBLE CONTAGIO DE COVID 19                                                    |
| 4. APLICAR DE MANERA INMEDIATA EL PROTOCOLO DEL MANEJO INICIAL A PRESUNTOS CASOS COVID-19 Y ACTIVAR RUTA DE ATENCIÓN.                                                                                                                                                         | MANEJAR DI RECHES DE SEGURIDAD POR CONTAGIO DE COVID 19                                                                                       | RUTAS DE ATENCIÓN POR CONTAGIO DE COVID 19.                                                              |
| 5. ADELANTE ACCIONES PEDAGÓGICAS CON LA COMUNIDAD EDUCATIVA (ESTUDIANTES, DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO) PARA LA PREVENCIÓN DEL CONTAGIO POR COVID 19 EN LA SEDE DE LA IED ASIGNADA, DURANTE LAS FECHAS Y HORAS ACORDADAS PREVIAMENTE CON EL (LA) RECTOR(A) DEL COLEGIO. | CAPACITACIONES DE MANEJO DE SEGURIDAD Y PREVENCIÓN DE CONTAGIO POR COVID 19                                                                   | ACTAS DE ASISTENCIA POR PARTE DE LOS ESTUDIANTES, DOCENTES Y PERSONAL ADMINISTRATIVO                     |

| ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                       | SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.               |  |  |                 |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--|--|-----------------|
|                               |                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                       | INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS      |  |  | CO-OPS-FT-11 V5 |
| 6                             | ADJUNTAR ACCIONES PEDAGÓGICAS PARA LA PROMOCIÓN EN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE PARA MITIGACIÓN DE CONTAGIO POR COVID-19, EN LAS SEDES DE LA IED ASIGNADA, DURANTE LAS FECHAS Y HORAS ACORDADAS PREVIAMENTE CON EL (A) RECTOR(A) DEL COLEGIO.                  | ACTIVIDADES DE BUEN MANEJO DE VIDA SALUDABLE PARA LA MITIGACIÓN DE CONTAGIOS                                                                          | REGISTRO DE ACTAS DE ASISTENCIA A LAS DIFERENTES CAPACITACIONES |  |  |                 |
| 7                             | PARTICIPAR EN LOS PROCESOS DE CAPACITACIÓN QUE EFECTÚE LA SED Y LA SED PARA FACILITAR EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES EN LA IED ASIGNADA Y SUS RESPECTIVAS SEDES.                                                                                          | ASISTIR A LAS CAPACITACIONES ASIGNADAS POR LA SED PARA FACILITAR EL BUEN DESARROLLO DE LAS ACTIVIDADES EN SUS RESPECTIVAS SEDES.                      | LISTAS DE ASISTENCIA                                            |  |  |                 |
| 8                             | ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTINGENCIA POR COVID-19 EN EL MARCO DE LA REAPERTURA GRADUAL, PROGRESIVA Y SEGURA INGLPS.                                                                                               | ASISTIR Y PARTICIPAR EN LAS REUNIONES PROGRAMADAS POR EL COMITÉ INSTITUCIONAL DE CONTINGENCIAS.                                                       | LISTAS DE ASISTENCIA                                            |  |  |                 |
| 9                             | APOYAR AL COMITÉ PARTICIPATIVO DE SALUD Y SEGURIDAD EN EL TRABAJO - COPASST - Y A LA BRIGADA ESCOLAR INSTITUCIONAL EN LA ACTUALIZACIÓN DE LOS PLANES ESCOLARES DE GESTIÓN DEL RIESGO, DONDE SE INCLUYE EL PROCEDIMIENTO OPERATIVO NORMALIZADO POR COVID-19. | DE ACUERDO A LAS DIRECTRICES EN SALUD, REALIZAR ACTUALIZACIÓN DE LOS PLANES ESCOLARES PARA LA MITIGACIÓN Y POSIBLES RIESGOS DE CONTAGIO POR COVID-19. | ACTAS DE REUNIONES                                              |  |  |                 |
| 10                            | PRESENTAR INFORMES MENSUALES DE LAS ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL MARCO DEL OBJETIVO CONTRACTUAL.                                                                                                                                                         | PRESENTACIÓN DE PLANES DE TRABAJO, ACTAS Y LISTAS DE ASISTENCIA.                                                                                      | INFORMES MENSUALES                                              |  |  |                 |
| 11                            | SEGUIR LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR EL MINISTERIO DE SALUD Y DE PROTECCIÓN SOCIAL, ASÍ COMO DE LAS AUTORIDADES POR COVID-19, ASÍ COMO CONSULTAR Y PONER EN PRÁCTICA LOS PROTOCOLOS ESTABLECIDOS POR LA ENTIDAD EN LA PREVENCIÓN DEL COVID-19.            | CUMPLIR Y PONER EN PRÁCTICA LOS PROTOCOLOS DE SEGURIDAD DE ACUERDO AL MINISTERIO DE SALUD EN LA PREVENCIÓN DEL COVID-19.                              | LISTAS DE CHEQUEO.                                              |  |  |                 |

| INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL |     |               |     |     |                    |                                            |
|--------------------------------------|-----|---------------|-----|-----|--------------------|--------------------------------------------|
| PERÍODO AL QUE CORRESPONDE           |     | FECHA DE PAGO |     |     | NUMERO DE PLANILLA | VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR |
| AÑO                                  | MES | AÑO           | MES | DÍA |                    |                                            |
|                                      |     |               |     |     |                    |                                            |

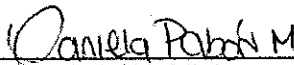
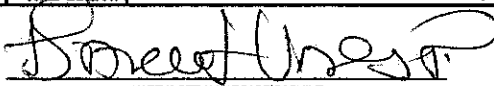
  

| VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS |                                       | PESOS                      |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| ITEM                                                 | ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL | INGRESO BASE DE COTIZACIÓN |
| PENSIONADO                                           | NO                                    | FORVENIR                   |
| SALUD                                                |                                       | SANTAS                     |
| ARL                                                  | 3                                     | ELISA                      |
| CAJA DE COMPENSACION                                 | NO                                    | NO                         |
|                                                      |                                       | \$ 908,526                 |
|                                                      |                                       | \$                         |

| INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO |                 |             |            |
|---------------------------|-----------------|-------------|------------|
| ENTIDAD BANCARIA:         | BANCO COLPATRIA | TIPO CUENTA | AHORROS    |
|                           |                 |             | NRO CUENTA |

|                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <br>Ruth Daniela Pabón Martínez<br>NOM BRE.COM PLETO CONTRATISTA<br>1.030.685.567<br>CC. NO. CONTRATISTA | <br>KAREN LORENA VARGAS PIRAGUINE<br>NOM BRE DEL SUPERVISOR<br>PROFESIONAL ESPECIALIZADO |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                                                 |                                                                                     |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| NOM BRE DEL APOYO TÉCNICO A LA SUPERVISIÓN<br>0 |  |
|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|

2021-02-12



CE-006 - 0000000100 – 2021

## CERTIFICA

Que la(s) persona(s) relacionada(s) a continuación está(n) o ha(n) estado afiliada(s) a

|                                 |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1030685567               |
| NOMBRES Y APELLIDOS             | Pabon Martinez,Ruth Daniela |
| TIPO DE AFILIADO                | Titular                     |
| TIPO DE TRABAJADOR              | Dependiente, Independiente  |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL REGIMEN  | 01/01/2021                  |
| ESTADO DE AFILIACIÓN            | Vigente                     |
| ESTADO DE SERVICIO              | Habilitado                  |
| REGIMEN                         | Contributivo                |

La presente se expide a nombre de Pabon Martinez,Ruth Daniela, a los 11 días del mes de septiembre del año 2021.

NOTA: Esta certificación no constituye aprobación de traslado, ni es documento válido para solicitar servicios médicos.

Banny Yeritza Sarmiento Vanegas  
Coordinador Gestión de la Afiliación

Medellín, 11 de septiembre de 2021

**LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES  
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..**

**CERTIFICA:**

Que RUTH DANIELA PABON MARTINEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 1030685567 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:

Fecha inicio cobertura: 03/09/2021

Fecha fin cobertura:

**INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE**

SUB RED SUR N900958564

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**CENTRO DE TRABAJO:** 0000000001 - ASISTENCIAL

**CLASE:** 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

**ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:**

3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

**CODIGO DE ACTIVIDAD:** 3851101

**CLASE DE RIESGO:** 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

**Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:**

**Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago:** La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.
2. El propio de la actividad ejecutada por el contratista.

**Parágrafo 1:** Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

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](http://www.arlsura.com.co/validar) certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:

C10306855672125452709

Atentamente,

**Dirección de Afiliaciones y Recaudos**

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación. Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el:

11/09/2021 2:38 PM



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

*En su condición de administradora del*

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

*NIT 900.221.405-1*

**CERTIFICA QUE:**

**RUTH DANIELA PABON MARTINEZ**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.685.567**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 11 de Septiembre del 2021.

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.

**SCOTIABANK COLPATRIA S.A.**  
**NIT. 860.034.594-1**

**CERTIFICA QUE:**

La cuenta de ahorros No. 712021186 , con fecha de apertura 24 de Abril de 2019 , de la cual es titular:

El (la) señor(a): RUTH DANIELA PABON MARTINEZ  
Identificado(a) con tipo de documento C No. 1.030.685.567

La cuenta en mención ha sido manejada de acuerdo a las normas establecidas por la entidad.

Damos esta información con la acostumbrada reserva bancaria.

La presente se expide a solicitud del interesado a los 11 días del mes de Septiembre de 2021 .

Cordialmente,



**Nury Luis Montaña**  
Gerencia Relación con Clientes

# CERTIFICADO de APROVECHAMIENTO

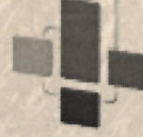
Hace constar que

**RUTH DANIELA PABON MARTINEZ**

ha completado el curso

INDUCCIÓN SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.

EXAMEN INDUCCIÓN Calificación: -



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