

|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|----|---------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------|-----|-----------------|----|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|
|                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | Versión<br>3                     |            |  |  |                         |  |
| <b>CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA</b>                                                                                                                                 |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | Fecha de aprobación<br>2/15/2018 |            |                                                                                     |  |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | Código:<br>04-02-FO-0002         |            |                                                                                     |  |                         |  |
| INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| NOMBRE DEL CONTRATISTA:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |    | Ingrid Mayerly González Forero                                            |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| TIPO DE DOCUMENTO:                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |    | C.C                                                                       | X  | C.E                     | No. |                 |    |                                  | 1024551239 |                                                                                     |  |                         |  |
| CORREO ELECTRONICO:                                                                                                                                                                                                                                          |  |                      |    | maye.gonzalezf@outlook.com                                                |    |                         |     | CELULAR:        |    |                                  |            | 3115711788                                                                          |  |                         |  |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD:                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | SUBRED                           |            |                                                                                     |  |                         |  |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO:                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |    | ADM MANTENIMIENTO ( BIOMEDICO E INFRAESTRUCTURA) USS OCCIDENTE DE KENNEDY |    |                         |     | SEDE:           |    |                                  |            | SUBRED                                                                              |  |                         |  |
| CENTRO DE COSTOS:                                                                                                                                                                                                                                            |  | Centro de costo      | %  | Centro de costo                                                           | %  | Centro de costo         | %   | Centro de costo | %  |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  | KE10R12              | 25 | KE10R12                                                                   | 25 | BO35R12                 | 25  | FO03R12         | 25 |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| ENTIDAD FINANCIERA:                                                                                                                                                                                                                                          |  | BANCO DAVIVIENDA S.A |    |                                                                           |    | TIPO DE CUENTA:         |     |                 |    | AHORRO                           |            |                                                                                     |  |                         |  |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                      |    | 550002500145483                                                           |    |                         |     |                 |    | PENSIONADO                       |            | NO                                                                                  |  |                         |  |
| INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                     |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| NÚMERO DE CONTRATO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |    | 5399                                                                      |    |                         |     | VIGENCIA        |    |                                  |            | 2025                                                                                |  |                         |  |
| NÚMERO DE CDP                                                                                                                                                                                                                                                |  | 1889                 |    | FECHA                                                                     |    | 2025-09-17 14:49:25.000 |     | NÚMERO DE CRP   |    | 40300                            |            | FECHA                                                                               |  | 2025-09-29 00:00:00.000 |  |
| OBJETO DEL CONTRATO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |    | PROFESIONAL UNIVERSITARIO II                                              |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| PERIODO CERTIFICADO:                                                                                                                                                                                                                                         |  |                      |    | DESDE                                                                     |    | FECHA INICIAL           |     |                 |    | HASTA                            |            | FECHA FINAL                                                                         |  |                         |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                                                           |    | 2025-09-11              |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES:                                                                                                                                                                                                                                  |  |                      |    | \$2,772,670                                                               |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| TIPO DE SERVICIOS                                                                                                                                                                                                                                            |  | Administrativo       |    |                                                                           |    | RESERVA DE GLOSA 0%     |     |                 |    | N/A                              |            |                                                                                     |  |                         |  |
| OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes. |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO                                                                                                                                                                                                                            |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| CONCEPTO                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | VALORES                          |            |                                                                                     |  |                         |  |
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES:                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | \$2,772,670                      |            |                                                                                     |  |                         |  |
| VALOR EJECUTADO                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | \$2,772,670                      |            |                                                                                     |  |                         |  |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | \$2,772,670                      |            |                                                                                     |  |                         |  |
| VALOR A LIBERAR                                                                                                                                                                                                                                              |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | \$0                              |            |                                                                                     |  |                         |  |
| SALDO POR EJECUTAR                                                                                                                                                                                                                                           |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | \$0                              |            |                                                                                     |  |                         |  |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN                                                                                                                                                                                                                                      |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    | 100%                             |            |                                                                                     |  |                         |  |
| El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:                                                                                                                                                                                                      |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a \$2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.                  |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| Número de Planilla                                                                                                                                                                                                                                           |  | IBC DE COTIZACION    |    | APORTE A SALUD 12.5% IBC                                                  |    | APORTE PENSION 16% IBC  |     | NIVEL ARL       |    | APORTE ARL                       |            | TOTAL APORTES                                                                       |  |                         |  |
| 0                                                                                                                                                                                                                                                            |  | \$908,526            |    | \$113,566                                                                 |    | \$145,364               |     | 3               |    | \$22,132                         |            | \$281,062                                                                           |  |                         |  |
| Dado en Bogotá a los treinta(30) días del mes de Septiembre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.<br><br>TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR<br>43871908<br>Supervisor                                                                           |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |
| Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.<br><br>Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..<br>Copyright © 2021             |  |                      |    |                                                                           |    |                         |     |                 |    |                                  |            |                                                                                     |  |                         |  |

| OBLIGACIÓN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | ACTIVIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRODUCTOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Capacitar al personal nuevo y demás personal de la Sudred que lo requiera en los temas relacionados con los dispositivos médicos, equipos biomédicos y demás temas de gestión de la tecnología                                                                                                                                                                               | Realizar seguimiento al cumplimiento del cronograma de capacitaciones implementado para ejecución en los diferentes servicios asistenciales                                                                                                                                                              | Cronograma capacitaciones                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Socializar y fomentar el manual de Tecnovigilancia de la Subred, realizando búsquedas activas, chequeos, rondas de seguridad, identificación de riesgos, eventos e incidentes relacionados con el uso de dispositivos médicos                                                                                                                                                | No programado                                                                                                                                                                                                                                                                                            | No programado                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Elaboración, análisis, reporte y seguimiento de planes de mejora, soluciones, sucesos de seguridad a Entes territoriales (Invima y SDS) y mecanismo de reporte establecido por la entidad para los sucesos de seguridad                                                                                                                                                      | Realizar proceso de investigación, análisis e implementar planes de acción por todos los sucesos de seguridad asociados al uso de dispositivos médicos                                                                                                                                                   | Aplicativo ALMERA, Pagina oficial INVIMA                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Verificar los incidentes y eventos adversos reportados diariamente relacionados con Dispositivos médicos, realizar analisis causal, clasificación e investigación, y realizar el reporte correspondiente por medio del aplicativo del INVIMA dentro de los plazos descritos en la resolución 4816/2008 dependiendo de la severidad de los casos                              | Realizar proceso de investigación, análisis e implementar planes de acción por todos los sucesos de seguridad asociados al uso de dispositivos médicos                                                                                                                                                   | Aplicativo ALMERA, Pagina oficial INVIMA                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Verificar las alertas sanitarias emitidas por el INVIMA para Dispositivos médicos y equipos biomédicos                                                                                                                                                                                                                                                                       | verificación de alertas sanitarias e informes de seguridad en la página oficial del Invima                                                                                                                                                                                                               | Diligenciamiento de: REGISTRO DE VALIDACIÓN DE INFORMES DE SEGURIDAD, ALERTAS SANITARIAS, RECALL O HURTO DE DISPOSITIVOS Y EQUIPOS MEDICOS EMITIDOS POR EL INVIMA PROGRAMA DE TECNOVIGILANCIA                                                                                                            |
| Hacer seguimiento, publicación y socialización de alertas sanitarias, gestión del riesgo aplicado a tecnología biomédica y hacer seguimiento a trazabilidad de dispositivos médicos                                                                                                                                                                                          | Realizar seguimiento con los proveedores y líderes de los diferentes servicios, con la implementación de acciones correctivas                                                                                                                                                                            | Correo electrónico, Comité Tecnovigilancia                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Realizar capacitaciones y socializaciones en manejo del uso seguro, limpieza, desinfección, esterilización de equipos y accesorios de la tecnología biomédica, gestión del riesgo, planes de contingencia y Tecnovigilancia al personal asistencial y técnico biomédico de la Subred                                                                                         | Se realiza recorrido en las diferentes sedes y servicios con el fin de socializar las estrategias para el uso seguro de la tecnología Biomedica y la importancia del programa de Tecnovigilancia                                                                                                         | Campaña seguridad al paciente                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Informar a las diferentes unidades sobre las alertas emitidas por el INVIMA y estén relacionadas con Dispositivos Médicos y equipos biomédicos que la Subred utilice                                                                                                                                                                                                         | Informar mediante correo electrónico a los líderes de los diferentes servicios, con la implementación de acciones correctivas                                                                                                                                                                            | Correo electrónico, Comité de tecnovigilancia                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Seguimiento a riesgo y controles propios del programa de Tecnovigilancia de la institución                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Realizar seguimiento al cumplimiento de las rondas de seguridad aplicadas en los diferentes servicios con el fin de realizar búsqueda activa para evitar que se materialicen eventos e incidentes relacionados con dispositivos médicos                                                                  | Formatos de rondas de seguridad                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Realizar informe con indicadores de Tecnovigilancia para presentar al referente de seguridad al paciente                                                                                                                                                                                                                                                                     | Se realiza verificación al cumplimiento de las actividades planteadas para ejecución, con el fin de organizar informes con resultados                                                                                                                                                                    | Aplicativo ALMERA                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Emitir mensualmente informe de gestión e indicadores de capacitaciones, cumplimiento a las rondas de inspección, gestión de hallazgos rondas de inspección, casos gestionados por el programa de tecnovigilancia en el periodo y seguimiento de licencias al líder del subproceso y/o supervisor de contrato, esto dentro de los primeros cinco (5) días hábiles de cada mes | Se realiza verificación al cumplimiento de las actividades planteadas para ejecución, con el fin de organizar informes con resultados                                                                                                                                                                    | Aplicativo ALMERA                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Asistir al comité de seguridad del paciente, comité de tecnología y estándar de tecnología (mesa y eje), y todas las demás reuniones a las que sea convocada o delegada por su líder y/o supervisor                                                                                                                                                                          | Asistencia al comité de Tecnovigilancia, Seguridad al paciente, Comité gestión de la tecnología                                                                                                                                                                                                          | Actas de asistencia                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Participar activa y proactivamente en todas las actividades programadas por la institución en el proceso de Habilitación, Acreditación, licenciamiento de equipos de radiación ionizante, que apuntan al mejoramiento continuo de la entidad                                                                                                                                 | Participación activa en las actividades de seguridad a paciente desde Tecnovigilancia                                                                                                                                                                                                                    | Campaña seguridad al paciente                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizar los en el diario quehacer de la Entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros, con el fin de apoyar la acreditación del hospita                                                                     | Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizar los en el diario quehacer de la Entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros, con el fin de apoyar la acreditación del hospita | Conocer e interiorizar los principios y valores institucionales y operativizar los en el diario quehacer de la Entidad, haciendo énfasis en el trato digno y humanización en la prestación del servicio para usuarios, familia, comunidad y compañeros, con el fin de apoyar la acreditación del hospita |
| Conocer, incorporar y aplicar herramientas impartidas por la subred Sur Occidente para la implementación de los sistemas integrados de la calidad y control, con énfasis en la acreditación de la entidad.                                                                                                                                                                   | No programado                                                                                                                                                                                                                                                                                            | No programado                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Alimentar permanentemente los sistemas de información que están a su cargo y mantenerlos al día, publicar oportunamente los soportes de reporte al Invima en la plataforma de integración de la subred, conservando la trazabilidad de los códigos COL y PRECOL que se generan en los reportes ante el INVIMA                                                                | Se realiza alistamiento de información de cada uno de los reportes, solicitada para dar cierre a los PRECOL por el INVIMA SDS                                                                                                                                                                            | Correo electrónico                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                 |                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Realizar búsqueda activa de sucesos de seguridad relacionados con la tecnología biomédica por áreas asistenciales de las sedes, e implementar acciones o estrategias con enfoque a la prevención de ocurrencia de casos relacionados con el programa de tecnovigilancia                | Rondas de seguridad y Tecnovigilancia, Aplicativo ALMERA                                                                                        | Rondas de seguridad y Tecnovigilancia, Aplicativo ALMERA |
| Dar cumplimiento a todas las actividades en el rol de secretaria del comité de gestión de la tecnología, comité de tecnovigilancia y de la mesa del equipo de autoevaluación del grupo de estándares de gestión de la tecnología, acorde al Manual de la Mejora Continua de la subred. | Participación comité de gestión de la tecnología y Comité Tecnovigilancia                                                                       | Actas de asistencia                                      |
| Realizar seguimiento periódico constante a los planes de mejora relacionados con tecnología biomédica, haciendo seguimiento al cumplimiento de las actividades en las fechas proyectadas, así como realizar acompañamiento para la correcta ejecución de las oportunidades de mejora   | Se realiza seguimiento a las oportunidades de mejora asociadas a gestión de la tecnología y oportunidades de mejora asociadas a Tecnovigilancia | Aplicativo almera                                        |
| Realizar la formulación de los estudios y anexos técnicos para la adquisición de Dispositivos médicos y equipos biomédicos, acorde a los procedimientos institucionales, y apoyar la evaluación de nuevas tecnologías                                                                  | No programado                                                                                                                                   | No programado                                            |
| Mantener actualizados los manuales y/o documentos asignados por el líder de proceso y/o supervisor del contrato                                                                                                                                                                        | No programado                                                                                                                                   | No programado                                            |
| Apoyar a la gestión del mantenimiento de equipo biomédico cuando este lo requiera en cuanto a realizar los mantenimientos preventivos y/o correctivos                                                                                                                                  | No programado                                                                                                                                   | No programado                                            |
| Atención a llamadas de emergencia con disponibilidad de 24 horas, con un tiempo de respuesta máximo de 1 hora para soporte presencial en la sede                                                                                                                                       | Disponibilidad 24 horas                                                                                                                         | Disponibilidad 24 horas                                  |
| Ejercer todas las demás actividades que le sean asignadas por el supervisor y/o referente del subproceso, afines e inherentes a la naturaleza de las actividades contractuales                                                                                                         | No Programado                                                                                                                                   | No Programado                                            |

TATIANA EUGENIA MARIN SALAZAR  
43871908  
Supervisor

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

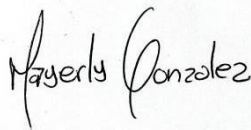
Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..  
Copyright © 2021

DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA  
LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E  
NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

**Ingrid Mayerly González Forero**  
**C.C. 1024551239 de Bogotá D.C**

La suma de \$2.772.670 DOS MILLONES SETECIENTOS SETENTA Y DOS MIL SEICIENTOS SETENTA PESOS por concepto de: Prestación de servicios como Profesional Universitario II del subproceso de Gestión de la Tecnología Biomédica, en las localidades de Fontibón, Bosa, Kennedy, Puente Aranda, durante el periodo del 11 de septiembre de 2025 al 30 de septiembre del 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 5399-2025.



**INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO**  
**C.C. 1024551239 de Bogotá D.C**  
**CUENTA DE AHORROS**  
**BANCO DAVIVIENDA**  
**NUMERO 0550002500145483**



## CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,  
BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
Subred SurOccidente E.S.E**

**03/09/2025**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor INGRID FORERO GONZALEZ**  
con **Cédula de Ciudadanía** número **1024551239**

Posee en el banco Davivienda:

### **CUENTA DE AHORROS DAMAS**

|                   |                         |
|-------------------|-------------------------|
| Número            | <b>0550002500145483</b> |
| Fecha de apertura | <b>09/06/2014</b>       |

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



**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 Ingrid Mayerly Gonzalez Forero, identificado(a) con CC número 1024551239, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

|                                                          |                                       |
|----------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN                          | CC 1024551239                         |
| NOMBRES Y APELLIDOS                                      | Ingrid Mayerly Gonzalez Forero        |
| TIPO DE AFILIADO                                         | Segundo Cotizante                     |
| PARENTESCO                                               | Compañero (A) Permanente              |
| FECHA DE NACIMIENTO                                      | 21/04/1994                            |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN                                  | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral  |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN                               | 10 - Cobertura Integral               |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS                           | 01/01/2005                            |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS                    | Activo(a)                             |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS                         | 606 semanas                           |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS                            | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO                          | 51 semanas                            |
| RÉGIMEN                                                  | Contributivo                          |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN                           | 14/06/2025                            |
| NIVEL SISBEN                                             | No aplica                             |
| EMPLEADOR(ES)*                                           |                                       |
| CEDULA DE CIUDADANIA 1024551239 Trabajador Independiente |                                       |
| Desde 13/09/2025 - Vigente                               |                                       |

Medellín, 25 de septiembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE AFILIACIONES Y RECAUDOS HACE CONSTAR:

Que INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO con documento de identidad C1024551239, se encuentra afiliado(a) a la Administradora de Riesgos Laborales SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajador(a) de SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E con NIT N900959048.

A continuación, se relacionan las fechas de afiliación:

Información general de la afiliación

| Fecha inicio | Fecha fin  | Tipo cotizante                                                          | Centro de trabajo | Código C.T | Clase de riesgo | Tasa cotización | Estado cobertura |
|--------------|------------|-------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 2025-09-12   | 3000-12-31 | INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES | RIESGO III        | 0000000003 | 3               | 2.436           | EN COBERTURA     |



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

En condición de administradora del

**FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR**

NIT 800.144.331 - 3

**CERTIFICA QUE:**

**INGRID MAYERLY GONZALEZ FORERO**, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.551.239**, se encuentra afiliado(a) al **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR** desde el 01 de agosto de 2014.

La presente certificación se expide el 25 de Septiembre del 2025.

Cordialmente,



Gerente de Clientes

*En Porvenir nos transformamos pensando en tu comodidad, por esto, ponemos a tu disposición los canales digitales para que consultes y obtengas la información de tus productos.*



App Porvenir | [www.porvenir.com.co](http://www.porvenir.com.co)