FUNDACION SURCOS

NIT 900096152-8

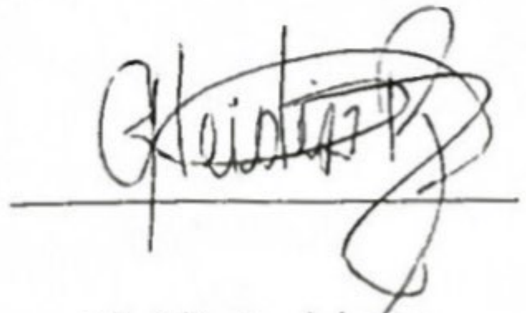
DEBE A: Gleidis Odairis Rodríguez Lara

PPT:5608522

La suma de **SETENTA Y CINCO MIL PESOS** (75.000) por prestación de servicios para turno como FORMADORA, correspondiente a la fecha 21 de noviembre de 2025 durante 13 horas en horario de 7:00pm hasta las 8:00 Am del día siguiente 22 de noviembre de 2025.

La cancelación monetaria se recibe por medio de transferencia **NEQUI** con el número de teléfono: *301.889.4921*

Cordialmente



Gleidis Rodríguez

Ppt: *5608522*

Scanned with CamScanner

ADRES

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

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

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	PT
NÚMERO DE IDENTIFICACION	5608522
NOMBRES	GLEIDIS ODAIRIS
APELLIDOS	RODRIGUEZ LARA
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	23/05/2024	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión:	12/03/2025 14:41:09	**Estación de origen:**	280:12:c80:2070::1

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

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

No. 5608522

COL

RODRIGUEZ LARA
APELLIDOS

GLEIDIS ODAIRIS
NOMBRES

VEN F
NACIONALIDAD SEXO

20223032
DNI Nro.

10-05-1991
FECHA DE NACIMIENTO

30-10-2023 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO



VISIBLES

FIRMA

E1403316

INDICE DERECHO

El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia cualquier cambio en la condición o información migratoria.

Carlos Fernando García Manosalva
Director General de Migración Colombia

MIGRACIÓN

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

www.migracioncolombia.gov.co

IPCOL5608522<<0<<<<<<<<<<<<<<<
9105104F3105308VENE1403316<<<2
RODRIGUEZ<LARA<<GLEIDIS<ODAIRI

Bogotá, 30 de noviembre del 2025

CUENTA DE COBRO

FUNDACIÓN SURCOS
NIT 900.096.152-8.
DEBE A:

La señora Heidy Yolima Suarez Rodríguez identificada con número de cedula 52.859.553 de Bogotá la suma de $2.340.000 (DOS MILLONES TRECIENTOS CUARENTA MIL PESOS) por concepto de prestación de servicios como PROFESIONAL DE AREA del periodo comprendido entre el 05 de noviembre del 2025 al 30 de noviembre de 2025. Dicho valor a consignar a cuenta de ahorros del banco DAVIVIENDA 488449278081

Se anexa planilla de pago de aportes al sistema de seguridad social.

Atentamente

HEIDY YOLIMA SUAREZ RODRIGUEZ
CC. 52.859.553 de Bogotá.
Dirección: Calle 56 f sur # 29-33
Celular: 3208309003
Correo electrónico: hesuro1829@gmail.com

Rte ICA: 16.357

PSO -> 2'323.643

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) HEIDY YOLIMA SUAREZ RODRIGUEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 52859553, se encuentra Cobertura Inicial en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente contrato de prestación según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20251113	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 28 días del mes de Noviembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
A QUIÉN CORRESPONDA

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO
30703673

CER-AFI

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

Colfondos
del grupo HABITAT

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(la) Señor(a) HEIDY YOLIMA SUAREZ RODRIGUEZ identificado(a) con C.C No. 52.859.553, 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 14 de noviembre del 2025.

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.

Juan Perea Ruiz
Gerente Cuentas y Recaudo

Medellín, 05 de november de 2025

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

CERTIFICA:

Que HEIDY YOLIMA SUAREZ RODRIGUEZ identificado(a) con cédula de ciudadanía 52859553 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 06/11/2025 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

FUNDACION SURCOS N900096152

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3869201 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO, INCLUYE ACTIVIDADES DE ENFERMEROS, FISIOTERAPEUTAS, TERAPISTAS RESPIRATORIOS, TERAPISTAS OCUPACIONALES, FONOAUDIÓLOGOS U OTRO PERSONAL PARAMÉDICO COMO ENFERMEROS ESCOLARES, TERAPEUTAS DENTALES E HIGIENISTAS DENTALES, QUE PUEDEN ATENDER PACIENTES SIN LA PRESENCIA DEL MÉDICO U ODONTÓLOGO, PERO SON SUPERVISADOS PERIÓDICAMENTE POR ESTOS; LAS ACTIVIDADES DE PERSONAL PARAMÉDICO ESPECIALIZADO EN OPTOMETRÍA, NUTRICIÓN; PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO REMITIDO POR EL PERSONAL MÉDICO U ODONTOLÓGICO, PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA Y MENTAL, REALIZADA FUERA DE LA ACTIVIDAD DE LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS CON INTERNACIÓN, ESTAS ACTIVIDADES PUEDEN REALIZARSE A PACIENTES EXTERNOS O AMBULATORIOS, EN CONSULTORIOS PRIVADOS, CENTROS MÉDICOS, PUESTOS DE SALUD, CLÍNICAS ASOCIADAS CON EMPRESAS, ESCUELAS, HOGARES PARA ANCIANOS, ORGANIZACIONES SINDICALES Y ASOCIACIONES PROFESIONALES, ASÍ COMO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES; TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000003 - FUNDACION SURCOS SEDE ICBF
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2.436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3869201 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO, INCLUYE ACTIVIDADES DE ENFERMEROS, FISIOTERAPEUTAS, TERAPISTAS RESPIRATORIOS, TERAPISTAS OCUPACIONALES, FONOAUDIÓLOGOS U OTRO PERSONAL PARAMÉDICO COMO ENFERMEROS ESCOLARES, TERAPEUTAS DENTALES E HIGIENISTAS DENTALES, QUE PUEDEN ATENDER PACIENTES SIN LA PRESENCIA DEL MÉDICO U ODONTÓLOGO, PERO SON SUPERVISADOS PERIÓDICAMENTE POR ESTOS; LAS ACTIVIDADES DE PERSONAL PARAMÉDICO ESPECIALIZADO EN OPTOMETRÍA, NUTRICIÓN; PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO REMITIDO POR EL PERSONAL MÉDICO U ODONTOLÓGICO, PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA Y MENTAL, REALIZADA FUERA DE LA ACTIVIDAD DE LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS CON INTERNACIÓN, ESTAS ACTIVIDADES PUEDEN REALIZARSE A PACIENTES EXTERNOS O AMBULATORIOS, EN CONSULTORIOS PRIVADOS, CENTROS MÉDICOS, PUESTOS DE SALUD, CLÍNICAS ASOCIADAS CON EMPRESAS, ESCUELAS, HOGARES PARA ANCIANOS, ORGANIZACIONES SINDICALES Y ASOCIACIONES PROFESIONALES, ASÍ COMO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES; TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3869201 - ACTIVIDADES DE APOYO TERAPÉUTICO, INCLUYE ACTIVIDADES DE ENFERMEROS, FISIOTERAPEUTAS, TERAPISTAS RESPIRATORIOS, TERAPISTAS OCUPACIONALES, FONOAUDIÓLOGOS U OTRO PERSONAL PARAMÉDICO COMO ENFERMEROS ESCOLARES, TERAPEUTAS DENTALES E HIGIENISTAS DENTALES, QUE PUEDEN ATENDER PACIENTES SIN LA PRESENCIA DEL MÉDICO U ODONTÓLOGO, PERO SON SUPERVISADOS PERIÓDICAMENTE POR ESTOS; LAS ACTIVIDADES DE PERSONAL PARAMÉDICO ESPECIALIZADO EN OPTOMETRÍA, NUTRICIÓN; PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN DE PROGRAMAS DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO REMITIDO POR EL PERSONAL MÉDICO U ODONTOLÓGICO, PARA LA REHABILITACIÓN FÍSICA Y MENTAL, REALIZADA FUERA DE LA ACTIVIDAD DE LOS HOSPITALES Y CLÍNICAS CON INTERNACIÓN, ESTAS ACTIVIDADES PUEDEN REALIZARSE A PACIENTES EXTERNOS O AMBULATORIOS, EN CONSULTORIOS PRIVADOS, CENTROS MÉDICOS, PUESTOS DE SALUD, CLÍNICAS ASOCIADAS CON EMPRESAS, ESCUELAS, HOGARES PARA ANCIANOS, ORGANIZACIONES SINDICALES Y ASOCIACIONES PROFESIONALES, ASÍ COMO EN EL DOMICILIO DE LOS PACIENTES; TERAPIA OCUPACIONAL, TERAPIA DE LENGUAJE

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3869201
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2.436%

Su pago lo debe realizar con riesgo null (null %), 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.

null

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá, 28 de NOVIEMBRE del 2025

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT 900.096.152-8

DEBE A:

La profesional en TRABAJO SOCIAL Lorena Ospina Ramírez identificada en número de cedula de ciudadanía 1.033.804.706 de Bogotá la suma de $2,426,666 (**DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISÉIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS**) por concepto de prestación de servicios como Trabajadora social de tiempo completo comprendido entre el 05 de NOVIEMBRE del 2025 al 30 de NOVIEMBRE del 2025. Dicho valor se podrá consignar en la siguiente cuenta de Banco Bancolombia, cuenta de ahorros 094-784314-62

Anexo documento de CERTIFICADO DE AFILIACION A EPS Y CERTIFICADO DE AFILIACIÓN A PENSIÓN

Atentamente

Lorena Ospina

Lorena Ospina Ramírez
TRABAJADORA SOCIAL
CC 1.033.804.706
TEL: 3232335780

Rte ICA 16,962
P20 -> 2'409,704

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **OSPINA RAMIREZ LORENA** identificado(a) con **CC** número **1.033.804.706** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 24 de julio de 2018 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 28 de noviembre 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:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Famisanar

NIT 830.003.564-7

FORMULARIO UNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación

I. DATOS DEL TRAMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código
A. Afiliación X	A. Individual / Cotizante no obligado de familia / Beneficiario o afiliado adicional	A. Contributivo X	SI	A. Cotizante X C. Beneficiario	A. Dependiente	(a imprime por la EPS)
B. Reporte de Novedades	B. Cabeza de familia	B. Subsidiado	NO	B. Cotizante independiente D. Afiliado adicional	B. Independiente X	
	C. Institucional				C. Pensionado	
	D. Servicio					

II. A. AFILIACIÓN B. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique a afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres					
Ospina	Ramirez.	Jorge.			
9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad	
C.C.	1033809706	X	X	Colombiana	
14. Lugar de nacimiento: Pais	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento		
Bogotá Colombia	Cundinamarca		0 2 0 3 1 9 9 8.		

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBEN	21. Grupo de población especial
		SI NO X		SI X NO	Nivel Grupo D16	
22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria			
SURA	Porvenir	1.423.500				
26. Residencia						
Carrera 71 D 93 A 26 - Sur		3232335480	brenda9816@hotmail.com			
Bogotá	Bogotá	USME				

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del conyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres					
28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad	
		Femenino Masculino			
33. Lugar de nacimiento: País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento		

Datos básicos de identificacion de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. Apellidos y nombres									
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										
	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico	40. Sexo identificacion	41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento	
B1										
B2										
B3										
B4										
B5										

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBEN	48. Clasificación SISBEN	49. Discapacidad	50. INCAPACIDAD PERMANENTE
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	51. Datos de residencia												
	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Centro Poblado	Área Rural Dispersa	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a imprime por la EPS)				
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													
	Dirección			Localidad / Comuna					Código Postal				
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

DAS16601 Famisanar 20 NOV 2025 CONSULTOR INTEGRAL

Scanned with CamScanner

Famisanar
NIT 830.003.564-7

CUESTIONARIO ENTREGA CARTA DE DERECHOS Y DEBERES DEL AFILIADO Y DEL PACIENTE EN EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD Y DE LA CARTA DE DESEMPEÑO

	SI	NO
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Previo al diligenciamiento del formulario de afiliación, la EPS le hizo entrega de la Carta de Desempeño donde se presenta de manera clara su puesto en el ranking?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Derechos y Deberes del Afiliado y del Paciente?	X	
¿Leyó el contenido de la Carta de Desempeño de la EPS?	X	
¿Si tuvo alguna duda sobre el contenido de la información fue asesorado adecuadamente por la EPS?	X	
¿Autoriza a EPS FAMISANAR S.A.S. el envío de la carta de derechos y deberes y la carta de desempeño al correo electrónico?	X	

AUTORIZACIÓN PREVIA PARA EL TRATAMIENTO DE DATOS PERSONALES Y DATOS PERSONALES SENSIBLES

En mi calidad de cotizante, manifiesto de manera clara, expresa, libre, inequívoca y espontánea que le otorgo a la Entidad Promotora de Salud EPS FAMISANAR S.A.S. en su calidad de RESPONSABLE del tratamiento de mis datos personales, mi consentimiento previo para recolectar, almacenar, usar, circular, suprimir, reportar y en general para tratar los DATOS PERSONALES, DATOS PERSONALES SENSIBLES y demás información susceptible de tratamiento, registrada a mi nombre y/o de los beneficiarios de mi grupo familiar en sus Bases de Datos, con la finalidad de realizar las actividades propias del aseguramiento en salud y en las temáticas previstas en su POLITICA DE TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN y AVISO DE PRIVACIDAD disponibles en www.famisanar.com.co, todo lo cual conforme lo establecido en la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y demás normas que la sustituyan, adicionen, reglamenten, complementen o modifiquen.

Así mismo manifiesto que mis derechos como titular de los datos son los consagrados en la Constitución Nacional y la Ley, especialmente el derecho a conocer, actualizar, rectificar y, a suprimir mi información personal y revocar el consentimiento otorgado para el tratamiento de datos personales cuando ello fuera procedente (artículo 9° Decreto 1377 de 2013).

"Datos sensibles: se entiende por datos sensibles aquellos que afectan la intimidad del Titular o cuyo uso indebido puede generar su discriminación, tales como aquellos que revelen el origen racial o étnico, la orientación política, las convicciones religiosas o filosóficas, la pertenencia a sindicatos, organizaciones sociales, de derechos humanos o que promueva intereses de cualquier partido político o que garanticen los derechos y garantías de partidos políticos de oposición, así como los datos relativos a la salud, a la vida sexual, y los datos biométricos." (Numeral 3° artículo 3° Decreto 1377 de 2013)

Firma del Afiliado: Lorena Ospina

Nombres y Apellidos: Lorena Ospina Ramirez. Identificación: _____

AUTORIZACIÓN DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS – LEY 1805 DE 2016

De acuerdo con lo definido en el artículo 4 de la Ley 1805, manifiesto a continuación que mi voluntad de ser donante de órganos y tejidos es:

SI [ ] NO [X]

Firma del Afiliado: Lorena Ospina

Nombres y Apellidos: Lorena Ospina Identificación: _____

Artículo 15. Los menores de edad podrán ser donantes de órganos y tejidos, siempre y cuando sus representantes legales expresen su consentimiento informando para la donación de órganos y/o tejidos dentro de las (8) ocho horas siguientes a la concurrencia de la muerte cerebral. El médico responsable deberá informarles sus derechos y los beneficios de la donación.

FIRMA A RUEGO

A ruego del señor (a) _____ identificado (a) con el documento _____ No. _____ quien manifiesta no poder o no saber firmar, lo hace en su nombre el (la) señor (a) _____ quien es mayor de edad y sin ningún impedimento para dar fe de la información que está recibiendo.

Como testigo, da fe de todo lo anterior y certifica que la huella aquí impuesta pertenece al señor (a) _____

Firmante a Ruego:

Nombres y Apellidos: _____

Identificación: _____

Edad: _____

Dirección de Domicilio: _____

Nombres y Apellidos de quien no sabe o no puede firmar: _____

Huella

Scanned with CamScanner

Bogotá, 28 de Noviembre del 2025

CUENTA DE COBRO

FUNDACIÓN SURCOS

NIT 900.096.152-8

DEBE A:

La profesional en Psicología Paula Valentina Chala Hernández identificada con número de cédula de ciudadanía 1.000.018.579 de Bogotá la suma de $2.426.666 (**DOS MILLONES CUATROCIENTOS VEINTISÉIS MIL SEISCIENTOS SESENTA Y SEIS PESOS**) por concepto de prestación de servicios como Psicóloga de tiempo completo comprendido entre el 05 de Noviembre del 2025 al 30 de Noviembre del 2025. Dicho valor se podrá consignar en la siguiente cuenta de Banco Bancolombia, cuenta de ahorros 233-073603-90.

Anexo documento de planilla paga de octubre.

Atentamente,

Paula Valentina Chala.

Paula Valentina Chala H

Psicóloga

C.C 1.000.018.579

Tel: 3143713610

Rte ICA 16,962
PSO -> 2'409,704

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1000018579	PAULA VALENTINA CHALA HERNANDEZ	CL 34 B SUR 3 A 28	3618843	paulachala01@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	1 – Independiente		BOGOTÁ, D.C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	24/10/2025	90803588	$441.800	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD												
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	7.500				7.500	0	0	7.500			75	7.500	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	28.500	0	0	28.500	1

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

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	7.500	7.500
CCF	1	28.500	28.500
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	441.800	441.800

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá D.C 30 de noviembre 2025

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT-900096152-8

Yo SONIA PILAR GALAN IZQUIERDO con C.C 51.914.890, manifiesto que: FUNDACIÓN SURCOS NIT-900096152-8 de Bogotá, me debe la suma de ($1.820.000) que corresponden a la prestación de servicios como INSTRUCTORA DE TALLER, durante el periodo comprendido entre el 05 y el 30 de noviembre de 2025

Anexo: planilla de aportes a sistema de seguridad social de mes vencido (OCTUBRE)

El desembolso correspondiente se solicita realizarlo en la cuenta de ahorros

N°07139021015 de Banco Bancolombia.

Cordialmente,

Yonia Pilar Galán

Sonia Pilar Galán Izquierdo

C.C. 51.914.890

Cel: 3124481340

Tte 1CA) 12,722
PSO-$1'807,278

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51914890		GALAN IZQUIERDO SONIA PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 35 # 53A - 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3923252	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	02039616	9492120356	I	2025/11/25	2025/09/22	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS		PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																														
1	CC	51914890	GALAN SONIA																	23020 1	30	EPS001	30		0	14-23	30	0.522%	0	No
Total Afiliados(1)																														

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51914890		GALAN IZQUIERDO SONIA PILAR	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CRA 35 # 53A - 14	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3923252	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	02039616	9492120356	I	2025/11/25	2025/09/22	BANCO DE OCCIDENTE	0	$413,300

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$7,500	$0	$0	$7,500
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$7,500	$0	$0	$7,500
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL				1	$413,300	$0	$0	$413,300

Bogotá, 28 DE NOVIEMBRE DEL 2025

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS
NIT 900.096.152-8
DEBE A:

La profesional en TRABAJO SOCIAL YENNI VALENTINA ESCOBAR MENDIVELSO identificada en número de cedula de ciudadanía 1.233.901.673 de Bogotá, la suma de $2.470.000 (Dos millones cuatrocientos setenta mil pesos) por concepto de prestación de servicios como **GESTORA DE CASO DE TIEMPO COMPLETO** del periodo comprendido entre el 05 de noviembre del 2025 al 30 de noviembre del 2025. Dicho valor se podrá consignar en la siguiente cuenta de ahorros del banco **NU BANK 47378876**

Anexo planillo de pago de seguridad social del mes de noviembre 2025 y Funciones con cumplimiento a la fecha del área de **GESTORA SOCIAL DE CASO**

Atentamente

YENNI VALENTINA ESCOBAR
GESTORA SOCIAL DE CASO
CC 1.233.901.673
Celular: 301 242 0265

Rte ICA -> 17,265

P80 -> 2'452 735

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION									
Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-11	19600524?2	9495528534	1	2025/12/17	2025/11/27	NEQUI	0	$308,400

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$159,500	$0	$0	$159,500
COLFONDOS	231001	800,227,940	6	1	$159,500	$0	$0	$159,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$24,300	$0	$0	$24,300
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$24,300	$0	$0	$24,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$124,600	$0	$0	$124,600
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$124,600	$0	$0	$124,600
TOTAL				1	$308,400	$0	$0	$308,400

Bogotá noviembre 28 de 2025

FUNDACIÓN SURCOS
GINA RODRÍGUEZ

DEBE A:

YAROLD BARNEY PINZON
Régimen Simplificado

CUENTA DE COBRO # 051

POR CONCEPTO DE:

Realización de clases de actividad física en 9 sesiones del mes de noviembre $720.000.00

LA SUMA DE SETECIENTOS VEITE MIL PESOS M/CTE.
SE ANEXA PLANILLA DE APORTES MES VENCIDO (octubre2025)

Cordialmente;

YAROLD BARNEY PINZON
FORMADOR DEPORTIVO
C.C 79.556.398 de Bogotá
CUENTA DE AHORROS CAJA SOCIAL 24054075773

Vbo.

RLC SCAJ 5.033
P20 -> 714,967

YAROLD BARNEY PINZON
TELEFONO: 3134570587
CORREO: yaroldbarneypinzon@gmail.com

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCION	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	79556398	YAROLD BARNEY PINZON		Avenida 30 58 89 Apto 101	3108734766	yaroldbarneypinzon@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	1	07/11/2025	91269520	$440.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	8002514-0-6	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.300	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	34.700				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá, noviembre 2025

CUENTA DE COBRO No. 011-25

FUNDACION SURCOS
NIT. 900.096.152-8

DEBE A:
GINA SUGHEI RODRÍGUEZ VALERO
C.C. 52.336.110

Por valor de $6,838.867.00.

Por concepto de prestación de servicios como profesional desempeñándome como coordinadora de la modalidad internado, programa ICBF, en el período del 5 al 30 de noviembre de 2025.

El desembolso correspondiente se puede realizar en la cuenta de ahorros No.38563714 del banco Davivienda.

Se prestan las constancias de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social correspondientes al mes de noviembre 2025

GINA SUGHEI RODRÍGUEZ VALERO
C.C. 52.336.110

17 le ICA -> 47,804
Refte -> 136,771
Pto -> 6'654786

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52336110	GINA SUGHEI RODRIGUEZ VALERO	carrera 30 No 58-69	4651634	gisu1202@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	03/12/2025	91197040	$846.400	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	342.000	0		0		0	0	0	0	342.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	437.700	0	0	0	0	0	0		437.700	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	66.700				66.700	0	0	66.700			667	66.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

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

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	342.000	342.000
Pensión	1	437.700	437.700
Riesgos Laborales	1	66.700	66.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	846.400	846.400

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52336110	GINA SUGHEI RODRIGUEZ VALERO		carrera 30 No 58-69	4651634	gisu1202@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-11	2025-11	I	03/12/2025	91197040	$846.400	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	52336110	RODRIGUEZ VALERO GINA SUGHEI	59	0			N	X																25-14	2.735.547	437.700	0	0	0	0	EPS005	2.735.547	342.000	14-11	2.735.547	3	66.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

26 de Noviembre de 2025

Cuenta de cobro 008

FUNDACIÓN SURCOS
NIT 900.096.152-8

DEBE A:

JUAN DAVID QUIROGA MORENO
C.C. 1.030.660.936 de Bogotá D.C.

LA SUMA DE:

Trescientos sesenta y ocho mil doscientos pesos m/c (368.200) pesos

Por concepto de:

- Administración del sistema de gestión de la seguridad y salud en el trabajo y SIGE de la sede Nicolas de Federmann Durante el mes de Noviembre de 2025. ($368.200)

Nota

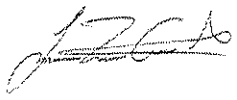
Con el fin de dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en la Ley 1819 de 2016 y del parágrafo 2 de artículo 383 del Estatuto Tributario, manifiesto bajo gravedad de juramento que:

Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente establecida en el artículo 383 del Estatuto Tributario, la cual se le aplica a los pagos o abonos en cuenta por concepto de ingresos por honorarios y por compensación por servicios personales, "NO he contratado o vinculado más de un trabajador asociado a mi actividad económica por al menos noventa (90) días continuos o discontinuos". (Parágrafo 2 art.383 E.T.)

Nota: me acojo al artículo 383 del E.T. de tarifa mínima 0% de impuesto hasta UVT95, no practicar retención.

Se Anexa Planilla de seguridad social

Cordialmente,



Juan David Quiroga Moreno
C.C. 1.030.660.936
T.P. 161357
R.S.S. 15171
L.S.O. 473
Teléfono 3102843404
psic.juandavidquiroga@gmail.com

Rte 2CA -> 2574
PSO -> 365 626

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **16/06/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor JUAN QUIROGA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1030660936**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488401503773**
Fecha de apertura	**24/09/2018**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1030660936		QUIROGA MORENO JUAN DAVID	INDEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	KR 113C 143A 20	BOGOTA-BOGOTA D.E.	1111111	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-10	2025-10	1957165318	9495449493	1	2025/11/12	2025/11/26	NEQUI	14	$702,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$384,000	$3,400	$0	$387,400
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$384,000	$3,400	$0	$387,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$12,600	$200	$0	$12,800
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$12,600	$200	$0	$12,800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$300,000	$2,700	$0	$302,700
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$300,000	$2,700	$0	$302,700
TOTAL				1	$696,600	$6,300	$0	$702,900

DESPRENDIBLE DE PAGO NÓMINA- SEDE B

EMPLEADO	A001	LD-7480511-AUX
APELLIDOS Y NOMBRES		LEIDY ALEJANDRA RUIZ GUTIERREZ
IDENTIFICACION		1.033.687.480
TIPO DE CONTRATO		OBRA LABOR
CARGO		AUXILIAR ENFERMERIA
SUELDO		$ 1.423.500
FECHA DE INGRESO MES		5/11/2025
FECHA DE PAGO		30/11/2025

CONCEPTO	DESCRIPCION	DIAS	BASE	DEVENGADO	DEDUCCIONES
10	SUELDO BASICO	26	$ 1.423.500	$ 1.233.700	$ -
210	AUXILIO DE TRANSPORTE	26	$ 200.000	$ 173.333	$ -
1310	APORTES DE SALUD	26		$ 49.348	$ 49.348
2500	APORTES DE PENSION	26		$ 49.348	$ 49.348
2520	BONO EXTRALEGAL	26	$ 200.000	$ 173.333	$ -
TOTAL LIQUIDACION NÓMINA				$ 1.580.367	
NETO A PAGAR				$ 1.481.671	

EL TRABAJADOR

LEIDY ALEJANDRA RUIZ GUTIERREZ

1033687480

GINA SUGHEI RODRIGUEZ VALERO

SURCOS ICBF SEDE B

NIT_ 900096152 8

DESPRENDIBLE DE PAGO NÓMINA- SEDE B

EMPLEADO	A002	LD-7814511-AUX
APELLIDOS Y NOMBRES		OVEIDA FERNANDA CASTRO ROSERO
IDENTIFICACION		52.197.814
TIPO DE CONTRATO		OBRA LABOR
CARGO		AUXILIAR ADMINITRATIVO
SUELDO		$ 1.423.500
FECHA DE INGRESO MES		5/11/2025
FECHA DE PAGO		30/11/2025

CONCEPTO	DESCRIPCION	DIAS	BASE	DEVENGADO	DEDUCCIONES
10	SUELDO BASICO	26	$ 1.423.500	$ 1.233.700	$ -
210	AUXILIO DE TRANSPORTE	26	$ 200.000	$ 173.333	$ -
1310	APORTES DE SALUD	26		$ 49.348	$ 49.348
2500	APORTES DE PENSION	26		$ 49.348	$ 49.348
2520	BONO EXTRALEGAL	26	$ 200.000	$ 173.333	$ -
TOTAL LIQUIDACION NÓMINA				$ 1.580.367	
NETO A PAGAR				$ 1.481.671	

EL TRABAJADOR

OVEIDA FERNANDA CASTRO ROSERO

52197814

GINA SUGHEI RODRIGUEZ VALERO

SURCOS ICBF SEDE B

NIT_ 900096152 8

Scanned with CamScanner

DESPRENDIBLE DE PAGO NÓMINA- SEDE B

EMPLEADO	A003	LD-3137511-SER
APELLIDOS Y NOMBRES	MILEIDIS PATRICIA BORRERO PADILLA	
IDENTIFICACION	1.002.183.137	
TIPO DE CONTRATO	OBRA LABOR	
CARGO	SERVICIOS GENERALES	
SUELDO	$ 1.423.500	
FECHA DE INGRESO MES	5/11/2025	
FECHA DE PAGO	30/11/2025	

CONCEPTO	DESCRIPCION	DIAS	BASE	DEVENGADO	DEDUCCIONES
10	SUELDO BASICO	26	$ 1.423.500	$ 1.233.700	$ -
210	AUXILIO DE TRANSPORTE	26	$ 200.000	$ 173.333	$ -
1310	APORTES DE SALUD	26		$ 49.348	$ 49.348
2500	APORTES DE PENSION	26		$ 49.348	$ 49.348
2520	BONO EXTRALEGAL	26	$ 200.000	$ 173.333	$ -
TOTAL LIQUIDACION NÓMINA				$ 1.580.367	
NETO A PAGAR				$ 1.481.671	

Mileidis Borrero

EL TRABAJADOR

MILEIDIS PATRICIA BORRERO PADILLA

1002183137

GINA SUGHEI RODRIGUEZ VALERO

SURCOS ICBF SEDE B

NIT_ 900096152 8

DESPRENDIBLE DE PAGO NÓMINA- SEDE B

EMPLEADO	A004	LD-5114511-SER
APELLIDOS Y NOMBRES	DARLING SUREYA MURULLO MORENO	
IDENTIFICACION	52.275.114	
TIPO DE CONTRATO	OBRA LABOR	
CARGO	SERVICIOS GENERALES	
SUELDO	$ 1.423.500	
FECHA DE INGRESO MES	5/11/2025	
FECHA DE PAGO	30/11/2025	

CONCEPTO	DESCRIPCION	DIAS	BASE	DEVENGADO	DEDUCCIONES
10	SUELDO BASICO	26	$ 1.423.500	$ 1.233.700	$ -
210	AUXILIO DE TRANSPORTE	26	$ 200.000	$ 173.333	$ -
1310	APORTES DE SALUD	26		$ 49.348	$ 49.348
2500	APORTES DE PENSION	26		$ 49.348	$ 49.348
2520	BONO EXTRALEGAL	26	$ 200.000	$ 173.333	$ -
TOTAL LIQUIDACION NÓMINA				$ 1.580.367	
NETO A PAGAR				$ 1.481.671	

EL TRABAJADOR

DARLING SUREYA MURULLO MORENO

52275114

GINA SUGHEI RODRIGUEZ VALERO

SURCOS ICBF SEDE B

NIT_ 900096152 8

Scanned with CamScanner

DESPRENDIBLE DE PAGO NÓMINA- SEDE B

EMPLEADO	A005	LD-3797511-COC
APELLIDOS Y NOMBRES		ELYS YOHANA MENDEZ
IDENTIFICACION		PPT 5203797
TIPO DE CONTRATO		OBRA LABOR
CARGO		COCINERA
SUELDO		$ 1.423.500
FECHA DE INGRESO MES		5/11/2025
FECHA DE PAGO		30/11/2025

CONCEPTO	DESCRIPCIÓN	DIAS	BASE	DEVENGADO	DEDUCCIONES
10	SUELDO BASICO	26	$ 1.423.500	$ 1.233.700	$ -
210	AUXILIO DE TRANSPORTE	26	$ 200.000	$ 173.333	$ -
1310	APORTES DE SALUD	26		$ 49.348	$ 49.348
2500	APORTES DE PENSION	26		$ 49.348	$ 49.348
2520	BONO EXTRALEGAL	26	$ 200.000	$ 173.333	$ -
TOTAL LIQUIDACION NÓMINA				**$ 1.580.367**	
NETO A PAGAR				**$ 1.481.671**	

Elys Méndez

EL TRABAJADOR

ELYS YOHANA MENDEZ

PPT 5203797

GINA SUGHEI RODRIGUEZ VALERO

SURCOS ICBF SEDE B

NIT_ 900096152 8

Scanned with CamScanner

Bogotá D.C, noviembre 30 de 2025

Cuenta de cobro N° 6

FUNDACIÓN SURCOS

NIT N° 900096152 – 8

DEBE A:

JULIETH PAOLA RAMÍREZ LÓPEZ

C.C. 1032477292

La suma de UN MILLON OCHOCIENTOS TREINTA Y TRES MIL PESOS M/cte ($1´833.333) por concepto de PRESTACION DE SERVICIOS COMO NUTRICIONISTA DIETISTA de la modalidad internado del ICBF, correspondiente a los días del 5 al 30 del mes de noviembre de 2025.

El Desembolso correspondiente se puede realizar en la cuenta de ahorros N° 0570469570039161 de DAVIVIENDA.

Se anexa la constancia de pago de aportes al sistema de seguridad social correspondiente al mes de octubre del 2025.

Cordialmente,

Paola Ramirez

Julieth Paola Ramírez López
C.C. 1032477292 de Bogotá
Celular: 3003218704
Dirección: Carrera 63 # 98b-51 apto 402

NIE 12815
DEO 1820 SLE

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032477292	JULIETH PAOLA RAMIREZ LOPEZ		CRA 63#98B 51	4714873	j.paot905@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-10	2025-10	I	26/11/2025	87456723	$420.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colombiano en el exterior	Sucursal	IGE	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
CC	1032477292	RAMIREZ LOPEZ JULIETH PAOLA	57	0			N																	230301	1.423.500	242.600	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-4	1.423.500	2	14.600		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Bogotá, 30 de Noviembre del 2025

CUENTA DE COBRO

FUNDACIÓN SURCOS

NIT 900.096.152-8

DEBE A:

La formadora Karen Yamile Cely Ramirez identificada con número de cédula de ciudadanía 1022935901 de Bogotá la suma de $2.000.000(**DOS MILLONES DE PESOS**) por concepto de prestación de servicios como formadora entre el 05 de Noviembre del 2025 al 30 de Noviembre del 2025. Dicho valor se podrá consignar en la siguiente cuenta de Banco caja social, cuenta de ahorros 24125391360

Anexo documento de planilla paga de octubre

Atentamente,

Karen R.

Karen Yamile cely Ramirez

Formadora

C.C 1022935901

Tel: 3108688928

Rete-CA -> 13,340

1PEO -> 1'986.020

Banco Caja Social
Su banco amigo.

UNA EMPRESA DE FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

KAREN YAMILE CELY RAMIREZ Identificado con CC 1022935901

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SANTA LIBRADA, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24125391360
Fecha de apertura:	28 de Agosto de 2023
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 18 de Noviembre de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA | Banco Caja Social

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) KAREN YAMILE CELY RAMIREZ identificado(a) con CC. 1022935901 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2023/08/30**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO SANTA LIBRADA**
Categoría:	**A**

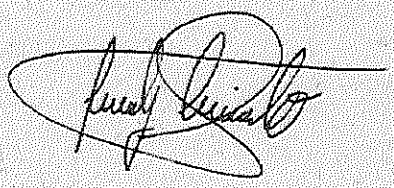
La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 18 días del mes de 11 del año 2025.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

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:

KAREN YAMILE CELY RAMIREZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.022.935.901**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Noviembre del 2025.

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.

ARL | sura

Medellín, 18 de noviembre 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 KAREN YAMILE CELY RAMIREZ identificado(a) con C1022935901 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:C10229359012532276021

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

Bogotá D.C, 30 NOVIEMBRE de 2025

Cuenta de cobro
FUNDACION SURCOS NIT Ne
900096152-8

DEBE A:
Lina Paola Tapia Hernández
C.C 1003530517

La suma de **UN MILLON CUATROCIENTOS MIL PESOS (1.400.000)** por concepto de prestación de servicios como **FORMADORA,** correspondiente al mes del presente año.

El desembolso correspondiente se puede realizar a la cuenta de ahorros **BANCO CAJA SOCAIL N 24145502342**

. Se anexa documentos de afiliación del ARL, EPS Y PENSIÓN, además se agrega planilla para pago de aportes al sistema de seguridad social mes de **(NOVIEMBRE DEL 2025).**

Paola Hernandez.

LINA PAOLA TAPIA HERNANDEZ
C.C 1003530517
Celular: 3184369339

Rte CTA 9786
Pzo -> 1'390214

Banco Caja Social
Su banco amigo

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

LINA PAOLA TAPIA HERNANDEZ Identificado con CC 1003530517

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina LA FELICIDAD, con las siguientes características:

Cuentamiga

Número:	24145502342
Fecha de apertura:	28 de Abril de 2025
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

Esta constancia se expide con destino a fundación surcos , realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 02 de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

VIGILADO

compensar | salud eps

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) LINA PAOLA TAPIA HERNANDEZ identificado(a) con Cedula Ciudadania 1003530517, se encuentra AFILIADO en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar como cotizante Independiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20251107	VIGENTE

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 2 días del mes de Diciembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
FUNDACION SURCOS

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: Lina Chat Bot

CER-AFI 30758407

Vigilado Supersalud

Vigilado Supersubsidio

porvenir
sólo hay uno

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:

LINA PAOLA TAPIA HERNANDEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.003.530.517**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Diciembre del 2025.

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.

ARL | sura

Medellín, 02 de diciembre 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 LINA PAOLA TAPIA HERNANDEZ identificado(a) con C1003530517 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:C10035305172533683552

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección IP 10.205.28.19

Bogotá D.C, 30 NOVIEMBRE

Cuenta de cobro
FUNDACION SURCOS NIT Ne
900096152-8

DEBE A:
María Fernanda Salazar Castillo
C.C 1073701897

La suma de **millón novecientos mil pesos (1.900.000)** por concepto de prestación de servicios como **FORMADORA,** correspondiente al mes de NOVIEMBRE del presente año.

El desembolso correspondiente se puede realizar a la cuenta de ahorros **CAJA SOCIAL N° 24147554495**. Se anexa documentos de afiliación del ARL, EPS Y PENSIÓN, además se agrega planilla para pago de aportes al sistema de seguridad social.

Mafe salazar.

MARIA FERNANDA
SALAZAR CASTILLO
C.C 1073701897

Rte IVA -> 13,281
P20 -> 1'886719



Tú
Ayer a la(s) 10:42 p.m.

Banco Caja Social
Su banco amigo

HACE CONSTAR:

Que el (los) cliente(s)

MARIA FERNANDA SALAZAR CASTILLO Identificado con CC 1073701897

Actualmente tiene(n) el producto Cuenta Ahorros, radicado(a) en la oficina SOACHA PARQUE, con las siguientes caracteristicas:

Cuentamiga

Número:	24147554495
Fecha de apertura:	14 de Julio de 2025
Condiciones de uso:	Individual, 1 firmas(s), 0 sello(s) húmedo(s) o de caucho, sin protector
Estado:	Cuenta activa

VIGILADO Superintendencia Financiera | Banco Caja Social

Esta constancia se expide con destino a quien pueda interesar, realizada en el Canal Digital de la ciudad de Bogotá, el día Martes, 02 de Diciembre de 2025.

Cordialmente,

Vicepresidencia de Banca Masiva

nueva eps

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) MARIA FERNANDA SALAZAR CASTILLO identificado(a) con CC 1073701897 se encuentra afiliado a la EPS en condición de COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**15/03/2022**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**BIENESTAR IPS SAS SOACHA**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del(de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE** , a los 02 días del mes de diciembre 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
Nueva EPS S.A

ARL | sura

Medellín, 02 de diciembre 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 MARIA FERNANDA SALAZAR CASTILLO identificado(a) con C1073701897 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:C10737018972533674489

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.13

porvenir
sólo hay uno

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 FERNANDA SALAZAR CASTILLO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.073.701.897**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 2 de Diciembre 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.

Bogotá D.C, 30 NOVIEMBRE de 2025

Cuenta de cobro
FUNDACION SURCOS NIT Ne
900096152-8

DEBE A:
Yohana Milena Hernández
C.C 1.073.532.870

La suma de **UN MILLÓN CUATROCIENTOS CINCUENTA MIL PESOS (1.450.000)** por concepto de prestación de servicios como **FORMADORA**, correspondiente al mes de NOVIEMBRE del presente año.

El desembolso correspondiente se puede realizar a la cuenta de ahorros **DAVIVIENDA N° 488438343821**

. Se anexa documentos de afiliación del ARL, EPS Y PENSIÓN, además se agrega planilla para pago de aportes al sistema de seguridad social mes de **(NOVIEMBRE 2025).**

Yohana Hernandez.

Yohana Milena Hernández
C.C 1.073.532.870
Celular: 3003495635

Rte IVA 10%
P20 -)
1'439865

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **02/12/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora YOHANA MILENA HERNANDEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1073532870**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488438343821**
Fecha de apertura	**31/03/2023**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Famisanar EPS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) YOHANA MILENA HERNANDEZ identificado(a) con CC. 1073532870 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 2° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2010/03/01**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CAFAM CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 02 días del mes de 12 del año 2025.

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

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YOHANA MILENA HERNANDEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1073532870,** se encuentra afiliado/a desde **07/11/2025** 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 02 de diciembre 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.

Medellín, 02 de diciembre 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 YOHANA MILENA HENANDEZ identificado(a) con C1073532870 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:C10735328702533674562

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

Bogotá 3 de Diciembre 2025 .

CUENTA DE COBRO

FUNDACION SURCOS

NIT 900096152

DEBE A:

CARLOS MAURICIO RODRIGEZ ESCOBAR

CC: 80165353

LA SUMA DE: $2100.000 (DOS MILLONES CIEN MIL DE PESOS)

POR CONCEPTO DE: SERVICIO CONTABLE – Noviembre 5 al 30

CONSIGNAR CUENTA DE AHORROS: CAJA SOCIAL AHORROS **No dé Cuenta: 24101525491**

Se prestan las constancias de pago de aportes al Sistema de Seguridad Social correspondientes al mes de Octubre 2025.

Atentamente



MAURICIO RODRIGUEZ ESCOBAR

CC.80165353

TP.284195T

MOVIL:32503017666