



**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:

KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.000.252.180**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 18 de Septiembre 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.

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

Filial de **Grupo AVA**

Medellín, 17 de septiembre 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 KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS identificado(a) con C1000252180 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: C10002521802526034528

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Dirección IP 10.205.28.13



CERTIFICADO

**BOGOTA, D.C.,
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,**

23/08/2023

Por medio de la presente hacemos constar que la **señora KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS** con **Cédula de Ciudadanía n#mero 1000252180**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

N#mero	0550004800459556
Saldo a la fecha	1.99 Pesos
Fecha de apertura	12/08/2021

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

1000252180

Banco Davivienda S.A.
NIT. 900.004.595

1 de 1

8:39 a. m. ✓

BOGOTA, Diciembre 3 de 2025
Señora:
GARZON VARGAS KAROLAIN DAHIAN
CC. 1000252180CL 69 A 17 M 51 SUR - 0
Ciudad

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

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Junio 5 de 2024. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_c ot	Sem_A nt	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
ROMERO JIMENEZ GIOVANNY ANDRES	1033709205	C	Oct-10-2008	179	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna
OVIDO CASAS ALCIRA	1033785465	C	Sep-30-2011	138	26	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Oct-23-2023	Traslado a Regimen Subsidiado	Ninguna
FIALLO GARCIA ROSEMBERT	80119763	C	Oct-1-2019	150	26	COMPAÑERO(A)	NO VIGENTE	Ene-1-2024	Exclusión o anulación de la afiliación	Ninguna
ROMERO OVIEDO ANDREY NICOLAS	1033806304	T	May-8-2016	175	0	HIJO MENOR DE 18 AÑOS	VIGENTE			Ninguna

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

Razón social del aportante	Usuario en contrato	Tipo de contrato	Estado de contrato
KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS	1000252180	Independientes con contrato de prestación de servi	VIGENTE

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

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

Cordialmente,

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

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva,

exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

La empresa **KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS**, identificada con **CC** número **1000252180**, aportó por **KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS** identificado(a) con **CC** número **1000252180** quien se encuentra registrado(a) a la fecha por concepto de aportes obligatorios al sistema General de Seguridad Social mediante la Planilla Integrada de Liquidación de aportes, el periodo de pensión de 11 - 2025 de la siguiente forma.

CODIGO	NOMBRE ADMINISTRADORA	COTIZANTE	I	N	E	T	T	D	A	P	T	V	S	L	G	E	A	C	P	V	O	R	P	CORRECCION	DÍAS	IBC	TARIFA APOORTE	COTIZACIÓN Y/O APOORTE	FSP SOLIDARIDAD	FSP SUBSISTENCIA	PERIODO	NÚMERO DE PLANILLA	FECHA DE PAGO	EXONERADO
14-11	ARL SURA	59																					0	30	\$1,423,500	0.02436	\$34,700	\$0	\$0	Noviembre - 2025	92082617	17/12/2025	NO	
230301	Porvenir	59																					0	30	\$1,423,500	0.16000	\$227,800	\$0	\$0	Noviembre - 2025	92082617	17/12/2025	NO	
EPS002	Salud Total EPS	59																					0	30	\$1,423,500	0.12500	\$178,000	\$0	\$0	Noviembre - 2025	92082617	17/12/2025	NO	

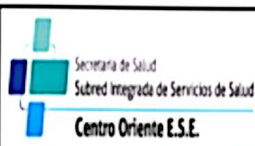
PAGADA

El presente certificado se expide a los **19** días del mes **Diciembre** de **2025**

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

DATOS DEL CONTRATISTA					
FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: (31-12-2025)					
NOMBRES Y APELLIDOS:	KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS			CC:	1000252180
CORREO ELECTRÓNICO:	GARZONKAROLAIN24@GMAIL.COM			TELÉFONO:	3133901625
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 69A 17M 51 SUR			CIUDAD:	BOGOTA
BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA S.A.	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	004800459556
DATOS DEL CONTRATO O ADICION Y PERIODO OBJETO DE PAGO					
Nº DEL CONTRATO:	PS 8177 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO		\$ 1.752.723	
FECHA DE INICIO CONTRATO	2025/12/05	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		2025/12/31	
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 2025/12/05 AL 2025/12/31				

 KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS
PS_8177_2025_9AFDEE
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA:
KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS
CC: 1000252180
CEL: 3133901625

		SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISION DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS					
CON C.C N°			1.000.252.180		
OBJETO DEL CONTRATO:		PRESTAR SERVICIOS TECNICOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCION DE SERVICIOS AMBULATORIOS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS EN SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E - RESOLUCION 1499 DE 26-08-2024 DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL			
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 8177 2025		FECHA INICIO CONTRATO	
2025/12/05					
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 916.670		No. HORAS EJECUTADAS	
129					
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:		\$ 2.082.887		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS		UNO (1) MESES		\$ 1.752.72	
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		HOSPITAL SANTA CLARA			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ			
ITEM	II. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO (Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)				
1	SE REALIZA LA VERIFICACIÓN DE FRECUENCIA DE USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN EL ESQUEMA DE INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD. BASADO EN RESOLUCION 3280/2018 INTERVENCIONES INDIVIDUALES EN SALUD DEFINIDAS EN LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE ACUERDO CON EL CICLO DE VIDA DEL USUARIO (NIÑEZ, ADOLESCENCIA, ADULTEZ, VEJEZ).				
2	" REGISTRO DE ATENCIONES EN EL APLICATIVO GTAPS Y VERIFICACIÓN DE DATOS DE USUARIOS ATENDIDOS EN TERRITORIO"				
3	ESTABLECER LA PRIORIDAD FAMILIAR, INDIVIDUAL, SEGUIMIENTO Y CIERRE DE CASOS EN GTAPS, RESOLUCIÓN 3280 DE 2018 RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS)				
4	REALIZAR NOTIFICACION A LIDER OPERATIVO DE VACUNACION PARA CONFIRMAR EL ESQUEMA Y REALIZAR LA GESTION PERTINENTE PARA GARANTIZAR QUE EL PACIENTE TENGA SU ESQUEMA COMPLETO				
5	No. De llamadas realizadas cuando aplique				
6	REALIZAR EL DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO PLANILLA DE FIRMAS EL CUAL DEBE ESTA COMPLETO CON LOS DATOS BASICOS COMO ENCABEZADO, ZONA, LOCALIDAD, UPZ BARRIO, SECTOR CATRALSTAL				
7	ASISITIR A CLOS COMITES DE CUIDADO Y FORTALECIMIENTO MENSUALES, Y CAPACITACIONES PROGRAMADOS EN LA RESOLUCION 1499				
8	"REALIZAR LA VALORACIÓN INTEGRAI IDENTIFICADCIÓN DE FACTORES DE RIESGO INDIVIDUALES Y FAMILIARES, TALES COMO: PRESENCIA DE ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES RIESGOS MATERNO-PERINATALES SIGNOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR O ABANDONO CONDICIONES DE SALUD MENTAL, DISCAPACIDAD, DE USUARIOS DURANTE LAS INTERVENCIONES EN TERRITORIO O EN INSTITUCIÓN, COMO PARTE DE LA RUTA DE PROMOCIÓN Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD (RPMS), EN CUMPLIMIENTO DE LA RESOLUCIÓN 3280 DE 2018.APLICAION INSTRUMENTOS BÁSICOS DE VALORACIÓN, SEGÚN GRUPO ETARIO (NIÑOS, ADULTOS, GESTANTES, PERSONAS MAYORES), OBSERVANDO SIGNOS CLÍNICOS, CONDICIONES DEL ENTORNO Y ASPECTOS SOCIALES RELEVANTES.REALIZAR LA REMISIÓN OPORTUNA AL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA , MEDICINA O PSICOLOGIA , SEGÚN LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS, DEJANDO EVIDENCIA DEL RIESGO IDENTIFICADO Y DE LA ACCIÓN TOMADA. REGISTRÉ LA INFORMACIÓN EN EL APLICATIVO INSTITUCIONAL (GTAPS), GARANTIZANDO TRAZABILIDAD, CALIDAD DEL DATO Y FACILITANDO EL SEGUIMIENTO DEL CASO POR EL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO. ESTA ACTIVIDAD CONTRIBUYE A LA DETECCIÓN TEMPRANA DE RIESGOS, INTERVENCIÓN OPORTUNA, Y AL CUMPLIMIENTO DE LAS RUTAS INTEGRALES DE ATENCIÓN EN SALUD, PROMOVRIENDO EL ACCESO Y LA CONTINUIDAD DEL CUIDADO."				
9	Notificacion en casos de interes publica según corresponda identificacion de riesgo.				
10	N/A				
11	SE REALIZAN ACTIVIDADES EN TERRITORIO, VALORACION INTEGRAL, EDUCION PROMOCION Y MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y DERIVACIONES A LOS DIFERENTES PERFILES SEGÚN NECESIDAD Y REQUERIMIENTO DEL APCIENTE POR MEDICINA, PROFESIONAL ENFERMERIA Y PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL				
12	Según promgracion y asignacion de brigadas				
	"SE REALIZAN LAS DEMÁS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON EL OBJETO CONTRACTUAL LAS CUALES SON ATENCIONES INTEGRALES BASADAS EN RESOLUCIÓN 3280/2018 DILIGENCIAMIENTO DE FORMATO DE FIRMAS CARGUE DE USUARIOS APLICATIVO GTAPS NOTIFICACIÓN DE EVENTOS DE INTERÉS EN SALUD PUBLICA ATENCIÓN INDIVIDUAL CON CALIDAD SEGÚN CURSO DE VIDA PRIMERA INFANCIA, INFANCIA, ADOLESCENCIA, JUVENTUD ADULTEZ Y VEJES Y GESTANTES				

13	REALIZAR LAS DERIVACIONES SEGÚN CORRESPONDA LA NECESIDAD DEL USUARIO LAS CUALES PUEDEN SER VALORACIÓN POR MEDICINA, ENFERMERÍA, PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL ENTRE OTROS GARANTIZANDO QUE TODAS LAS TAREAS ADICIONALES CONTRIBUYAN AL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL CONVENIO Y SE DESARROLLEN BAJO CRITERIOS DE EFICIENCIA, RESPONSABILIDAD Y CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS INSTITUCIONALES. "		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.			
ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?		X
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?		X
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?		X
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?		X
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?		X
Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la clausula "Forma de Pago, <u>CERTIFICO</u> el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del (2025-12-05) AL (2025-12-31)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	N° 9208	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	SALUD TOTAL	2025/12/17	\$ 177.937
PENSIÓN:	PORVENIR	2025/12/17	\$ 227.760
RIESGOS LABORALES:	SURA	2025/12/17	\$ 34.676
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.373
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.			
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)			
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .			
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.			
VII. ANEXOS			
(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS PS_8177_2025_9AFDEE KAROLAIN DAHIAN GARZON VARGAS CC: 1000252180	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO		 LUZ MARINA HERNANDEZ HERNANDEZ SUPERVISOR DEL CONTRATO	