## *INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB*

Nit. 802.011.065-5

## DEBE A

## FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO

**VALOR DEL PAGO MENSUAL:** UN MILLÓN SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA LEGAL ($ 1.688.800)

**PERIODO A CANCELAR:** PRIMER PAGO contrato 20260308

**OBJETO DEL CONTRATO:** PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB

**No. Contrato.** 20260308 **No. CDP.** 260337 **No. RP.** 260294

**No. CUENTA PARA CONSIGNAR:** Cuenta de ahorro No. 487-702096-44 de Bancolombia

Soledad, 02 de febrero de 2026.



**FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO**
**C.C. 1.043.930.591 de Tubara**
**Celular: 3023700398**
**Correo:** gestionriesgos@unibarranquilla.edu.co / folascuaga1987@gmail.com

**INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**
**Rad:** 2026020381 **Fecha:** 11/02/2026 **Hora:** 14:19:16
**Asunto:** CUENTA DE CORBO 20260308 PRIMER PAGO
**Anexos:** 13 FOLIOS
**Remite:** FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO
**Destino:** MELISSA DAVID DIAZ

Documentos Soportes Anexar: informe de Evaluación Supervisor, Pago Seguridad Social, carta aplicación rete fuente a título de impuesto de renta

**FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA**

Soledad, 25/01/2026

Señores:
**INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA**
ciudad.

El presente certificado para dar cumplimiento a la ley 1819 y de conformidad, declaro bajo gravedad de juramento que:

1). Soy residente fiscal colombiano: SI [X] NO [ ]

2). Que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos. Art. 388 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016 y art 340 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016.

SI [ ] NO [X]

3). Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios:

SI [X] NO [ ]

4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

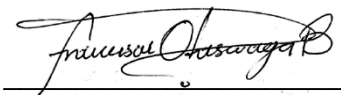
a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI [ ] NO [X]

b). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016; solicito deducción por los intereses de vivienda. Respaldada con la certificación de la Entidad que financia el crédito. SI [ ] NO [X]

c). que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción de la medicina prepagada respaldada con la certificación de la entidad promotora de salud. SI [ ] NO [X]

**NOTA:** Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

FIRMA



**Francisca Elisa Olascuaga Bermejo**
**CC: 1.043.930.591 de Tubara**

| | | |
|---|---|---|
| INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA<br>VIGILADA MINEDUCACIÓN | INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA | FR-JUR-02-V13<br>Vigencia: 15/12/2022<br>Pág. 1 de 4 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha:** | **02** | **de** | **Febrero** | **de** | **2026** |

## Acta de recibo Inicial _X_ Parcial __ Final __

| **INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Contrato número:** | 20260308 |
| **Tipo de contrato:** | Prestación de Servicios Profesionales |
| **Nombre de Contratista:** | Francisca Elisa Olascuaga Bermejo |
| **Objeto del contrato: Prestación de Servicios Profesionales en la Institución Universitaria de Barranquilla IUB** | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del contrato:** | **DIECIOCHO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y SEIS MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA LEGAL ($18.576.800)** | | | **RP Número:** | **260294** |
| **Rubro:** | **2.1.2.02.02.008 – SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN** | **Fuente de Financiación:** | **Recursos propios** | **Centro de Costo:** | **Prestación de servicios** |
| **Plazo del contrato:** | **Fecha de inicio:** | **25-01-2026** | | **Fecha de finalización:** | **31-05-2026** |
| **Suspensión de contrato: (Si aplica)** | **Fecha de suspensión:** | **N/A** | | **Fecha de reinicio:** | **N/A** |

| **INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO** | |
|---|---|
| **Adicional al contrato número:** | N/A |
| **Tipo de contrato:** | N/A |
| **Nombre de Contratista:** | N/A |
| **Objeto del contrato:** | N/A |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Valor del adicional contrato:** | N/A | **Valor Total Del Contrato** | N/A | **RP Número:** | N/A |
| **Rubro:** | N/A | **Fuente de Financiación:** | N/A | **Centro de Costo:** | N/A |
| **Plazo del contrato:** | **Fecha de inicio:** | N/A | | **Fecha de finalización:** | N/A |
| **Suspensión de contrato: (Si aplica)** | **Fecha de suspensión:** | N/A | | **Fecha de reinicio:** | N/A |

| **INFORMACIÓN DEL PAGO** | |
|---|---|
| **Valor a Pagar Parcial:** UN MILLÓN SEISCIENTOS OCHENTA Y OCHO MIL OCHOCIENTOS PESOS MONEDA LEGAL ($ 1.688.800) | |
| **Periodo al que corresponde el pago:** | **PRIMER PAGO contrato 20260308** |

| **GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Amparos** | **Aseguradora** | **No de Póliza** | **Vigencia** | |
| | | | **Desde (dd-MM-yyyy)** | **Hasta (dd-MM-yyyy)** |
| **Calidad del servicio** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Cumplimiento** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Anticipo** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Pago anticipado** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Salarios y prestaciones** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Responsabilidad Civil Extracontractual** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Otros** | N/A | N/A | N/A | N/A |

| **ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)** | **BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO** | | **APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:** |
|---|---|---|---|
| **Salud** | **12.5%** | $178.800 | Diciembre |
| **Pensión** | **16%** | $227.800 | Diciembre |
| **ARL** | | $34.700 | Diciembre |

| **CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica)** **Fecha (dd/mm/aaaa)** | |
|---|---|

| **CONTRATO** | | **20250964** | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASE GRAVABLE** | **N° Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
| **Estampilla ITSA** | **$18.576.800** | **20260010906** | **$56.000** | **26/01/2026** |
| **Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)** | **$18.576.800** | **20260010982** | **$464.000** | **26/01/2026** |
| **Estampilla Pro-Cultura** | **$18.576.800** | **20260010920** | **$93.000** | **26/01/2026** |
| **Bono al Deporte** | | | | |

| **ADICIONAL DEL CONTRATO** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES** | **BASE GRAVABLE** | **N° Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
| **Estampilla ITSA** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)18** | N/A | N/A | N/A | N/A |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Estampilla Pro Cultura** | N/A | N/A | N/A | N/A |
| **Bono al Deporte** | N/A | N/A | N/A | N/A |

| **PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:** | **N° Recibo Pago** | **Valor Pagado** | **Fecha de Pago** |
|---|---|---|---|
| **Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles** | N/A | N/A | N/A |
| **Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI** | N/A | N/A | N/A |
| **Estampilla Pro-Electrificación Rural** | N/A | N/A | N/A |
| **Estampilla Pro-Cultura** | N/A | N/A | N/A |
| **Estampilla Pro-Desarrollo** | N/A | N/A | N/A |
| **Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria** | N/A | N/A | N/A |
| **Estampilla Pro-Anciano** | N/A | N/A | N/A |

**ASISTENTES A LA REUNIÓN**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Interventor(es) o Supervisor (es):** | Wendy Villareal | | |
| **Por parte del contratista:** | Francisca Elisa Olascuaga Bermejo | | |
| **Lugar donde se realiza la reunión** | **Oficina de Planeación** | | |
| **Hora de inicio (a.m./p.m.)** | 10:00 a.m | **Hora de finalización (a.m./p.m.)** | 11:00 a.m |

**VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO**

| **Actividad /Compromiso** | **Justificación / Observación** |
|---|---|
| Apoyar en la implementación de la Política de Administración del Riesgo institucional conforme a los lineamientos del Modelo Integrado de Planeación y Gestión – MIPG y las Guía 5 y 6 de Función Pública, promoviendo una cultura organizacional preventiva y resiliente. | Se realiza verificación del estado de los instrumentos técnicos trabajados junto con cada uno de los procesos de la institución y se actualiza el instrumento de riesgos de corrupción con vigencia del año 2026. |
| Apoyar la estructuración e implementación de estrategias de capacitación y sensibilización sobre las metodologías empleadas para la gestión del riesgo. | Se realiza gestión de análisis y registro sobre la identificación de riesgos, se crea plan de trabajo por medio del cual se programan reuniones de seguimiento con cada uno de los procesos. |
| Apoyar en la elaboración y actualización de la matriz de riesgos institucional (Riesgos Estratégicos, Riesgos de Procesos, Riesgos de Corrupción, Riesgos Fiscales, Riesgos de Seguridad y Privacidad de la Información) consolidando la información suministrada por los líderes de procesos y verificando su alineación con los objetivos institucionales y normativos vigentes. | Se hace entrega al proceso de control interno la gestión ejecutada en el periodo 2025, para la planeación de las auditorias de la oficina de Control Interno se realizan basadas en riesgos. |

**EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA**

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

| OPCIONES A EVALUAR | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| Cumplimiento al objeto del contrato | | | | | X |
| Calidad de las especificaciones del bien o servicio | | | | | X |
| Cumplimiento de la entrega | | | | | X |
| Atención al cliente por parte del contratista | | | | | X |

Calificación proveedor o contratista: 5,0

| COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÒN | | |
|---|---|---|
| **Compromiso** | **Fecha de entrega** | **Responsable** |
| | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Fecha de la próxima reunión** | **19** | **De** | **febrero** | **de** | **2026** |

| Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (once) | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 02 | días del mes de | febrero | de | 2026 |

**Wendy Villareal**
**Supervisor o Interventor**

**Francisca Olascuaga Bermejo.**
**Contratista**

# SuAporte | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

**Fecha creación reporte:** 2026-02-02, 04:18:27 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 83327993

**Periodo Cotización:** diciembre de 2025 **Periodo Servicio:** diciembre de 2025

## PAGADO 31/01/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

### I. DATOS DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Razón Social** | FRANCISCA OLASCUAGA | | |
| **Documento** | CC1043930591 | **Dirección** | CR 17 #26 - 50 |
| **Tipo de Empresa** | INDEPENDIENTE | **Teléfono** | 6023700398 |
| **Tipo Persona** | NATURAL | **Forma Presentación** | ÚNICO |
| **Ciudad** | BARRANQUILLA, DISTRITO ESP, INDUSTRIAL Y PORTUARIO | **Departamento** | ATLANTICO |
| **Representante Legal** | | **Identificación** | |
| **Total Afiliados** | 1 | **ARP** | ARL SURA |

### II. DETALLE DEL APORTANTE

| Datos del Afiliado | | | | Novedades | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pensiones | | | Salud | | | Riesgos | | | Cajas | | | Parafiscales | | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Apellidos y Nombres | Tipo Cotizante | Subtipo Cotizante | ING | RET | RET P | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | COR | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | Días APP | Días EPS | Días ARP | Días CCF | Administradora | IBC Pensión | Aporte Pensión | Administradora | IBC Salud | Aporte Salud | Tarifa | IBC Riesgos | Aporte Riesgos | Administradora | IBC Caja | Aporte Caja | Aporte SENA | Aporte ICBF | ESAP | Aporte Ministerio | Total |
| CC 1043930591 | FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO | 57 | 00 | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | 30 | 30 | 30 | 0 | (231001) COLFONDOS | $ 1.423.500 | $ 227.800 | (EPS005) EPS SANITAS | $ 1.423.500 | $ 178.000 | 2,436 | $ 1.423.500 | $ 34.700 | (NIN-CC) NINGUNA CCF | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 |

### III.TOTALES

| IBC Pensión | IBC Salud | IBC Riesgos | IBC Cajas | Aportes Pensión | Aportes Salud | Aportes Riesgos | Aportes Cajas | Aportes Sena | Aportes ICBF | Aportes ESAP | Aportes Min Educación | (Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS | Incapacidades ARP | SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA | TOTAL INTERESES DE MORA | TOTAL FINAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 1.423.500 | $ 0 | $ 227.800 | $ 178.000 | $ 34.700 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 440.500 | $ 2.900 | $ 443.400 |



Enlace Operativo, Línea Expertos en PILA: Barranquilla: 385 24 44 - Bogotá: 485 4485 - Bucaramanga: 697 87 27 - Cali: 485 9444 - Cartagena: 693 77 27 - Pereira: 340 13 27 - Manizales: 892 80 27 - Medellín: 604 2727 - Desde otras ciudades: 018000 51 99 77.

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.




Lunes, 26 de Enero de 2026

**Regresar Menú Rentas** | **Nueva Búsqueda**

## Datos Básicos del Recibo de Pago

| | |
|---|---|
| **No. Documento:** | **20260010982** |
| **Fecha Emisión:** | 26/01/2026 |
| **Identificación:** | 1043930591 |
| **Declarante:** | FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO |
| **Vigencia:** | 2026 |
| **Periodo Liquidación:** | 1 |
| **Impuesto:** | IMPUESTO ESTAMPILLA PRO-DOTACION (TERCERA EDAD) |
| **Acto:** | ESTAMPILLA PRO- DOTACION (TERCERA EDAD) |
| **Base Gravable:** | $ 18.576.800 |
| **Fecha Pago:** | 26/01/2026 |
| **Monto Pagado:** | $ 464.000 |
| **Banco Recaudador:** | BANCO DAVIVIENDA |
| **No. de Soporte:** | 20260308, CONTRATO SECOP: 20260308 |
| **Asociada Entidad:** | INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB |
| **Estado:** | **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO** |




Lunes, 26 de Enero de 2026

**Regresar Menú Rentas** | **Nueva Búsqueda**

## Datos Básicos del Recibo de Pago

| | |
|---|---|
| **No. Documento:** | **20260010906** |
| **Fecha Emisión:** | 26/01/2026 |
| **Identificación:** | 1043930591 |
| **Declarante:** | FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO |
| **Vigencia:** | 2026 |
| **Periodo Liquidación:** | 1 |
| **Impuesto:** | ESTAMPILLA ITSA |
| **Acto:** | ESTAMPILLA ITSA |
| **Base Gravable:** | $ 18.576.800 |
| **Fecha Pago:** | 26/01/2026 |
| **Monto Pagado:** | $ 56.000 |
| **Banco Recaudador:** | BANCO DE OCCIDENTE |
| **No. de Soporte:** | 20260308, CONTRATO SECOP: 20260308 |
| **Asociada Entidad:** | INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB |
| **Estado:** | **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO** |




Lunes, 26 de Enero de 2026

Regresar Menú Rentas | Nueva Búsqueda

## Datos Básicos del Recibo de Pago

| | |
|---|---|
| **No. Documento:** | **20260010920** |
| **Fecha Emisión:** | 26/01/2026 |
| **Identificación:** | 1043930591 |
| **Declarante:** | FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO |
| **Vigencia:** | 2026 |
| **Periodo Liquidación:** | 1 |
| **Impuesto:** | IMPUESTO ESTAMPILLA PROCULTURA |
| **Acto:** | ESTAMPILLA PROCULTURA |
| **Base Gravable:** | $ 18.576.800 |
| **Fecha Pago:** | 26/01/2026 |
| **Monto Pagado:** | $ 93.000 |
| **Banco Recaudador:** | BANCO DAVIVIENDA |
| **No. de Soporte:** | 20260308, CONTRATO SECOP: 20260308 |
| **Asociada Entidad:** | INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA - IUB |
| **Estado:** | **VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO** |

# 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 Francisca Elisa Olascuaga Bermejo, identificado(a) con CC número 1043930591, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

| | |
|---|---|
| TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN | CC 1043930591 |
| NOMBRES Y APELLIDOS | Francisca Elisa Olascuaga Bermejo |
| TIPO DE AFILIADO | Titular |
| PARENTESCO | Titular |
| FECHA DE NACIMIENTO | 17/08/1987 |
| ESTADO DE LA AFILIACIÓN | 0 Tiene Derecho A Cobertura Integral |
| CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN | 10 - Cobertura Integral |
| FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS | 01/03/2018 |
| FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS | Activo(a) |
| SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS | 127 semanas |
| SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS | Sin semanas reportadas en EPS SANITAS |
| SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO | 47 semanas |
| RÉGIMEN | Contributivo |
| FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN | 20/03/2019 |
| NIVEL SISBEN | 1 |
| EMPLEADOR(ES)* | |

N.I.T. 900833529 ARQUITECTURA Y TECNICA DEL VALLE Desde 27/08/2024 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1043930591 FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO Desde 01/06/2024 - Vigente N.I.T. 901767014 OXIORIENTE Y SUMINISTROS SAS Desde 03/11/2023 Hasta 30/04/2024CEDULA DE CIUDADANIA 1043930591 FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO Desde 15/03/2024 Hasta 31/05/2024

Generado por interfaces 16/05/2025

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

COLFONDOS S.A. PENSIONES Y CESANTIAS

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO con identificación No. 1.043.930.591 se encuentra afiliado(a) a Pension Obligatoria desde el día 01 de septiembre del 2019 y sus recursos están en el FONDO MAYOR RIESGO desde el día 20 de septiembre del 2019.

Se expide la presente certificación a solicitud del afiliado(a) el día 16 de mayo 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.



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

Medellín, 05 de febrero de 2026

**CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA**

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

Que FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO identificado(a) con C1043930591 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:C10439305912603649721

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.18

# Certificación Bancaria

Viernes, 16 de mayo de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que FRANCISCA ELISA OLASCUAGA BERMEJO identificado(a) con CC 1043930591, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

| Producto | No. Producto | Fecha Apertura aaaa-mm-dd | Estado | Saldo |
|---|---|---|---|---|
| Cuenta Ahorros / A la mano | 48770209644 | 2017-01-02 | ACTIVO | ***** |

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co