Destino: SG - GESTION DOCUMENTAL

INSOR *20262600001502*

No. 20262600001502
Fecha Radicado: 03-MAR-2026 04:26 PM
Nombre Radicador: LADY BIBIANA GAR
Anexos: 1

CxP 3526 (57)

INSOR Instituto Nacional para Sordos	PROCESO GESTION FINANCIERA	Código: FOGF52
	FORMATO CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO - CONTRATOS DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES O DE APOYO A LA GESTIÓN (PERSONA NATURAL O PERSONA JURIDICA)	Versión: 3
		Fecha:27/01/2025

Dependencia / Grupo:	Subdirección de Gestión Educativa	Pago No:	1	Total de pagos	11
				¿Pago Final?	NO

INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRATISTA / EJECUTOR

Ciudad	BOGOTÁ	Fecha de presentación(dd-mm-año)	02/03/2026
Nombres ó Razón Social:	ANGIE SOFIA ALDANA ARCINIEGAS	Identificación:	Cédula de Ciudadanía

INFORMACIÓN DEL CONTRATO

No Contrato	051-2026	Mes a pagar o fracción de mes a pagar:	Mes	Febrero			
			En caso de fracción indicar el número de días a pagar	27 DÍAS			
No CDP	8626	No RP	6926	Valor del RP:	$ 40.887.000	Valor pendiente por pagar:	$ 37.382.400
Fecha del contrato	14/1/2026	Fecha de acta de inicio:	2/2/2026	Fecha de terminación (Se debe tener en cuenta las prórrogas, si hay lugar a ello)		18/12/2026	
Responsabilidad del Contribuyente DIAN	Responsabilidad 49 - No responsable de IVA	Novedades del periodo a pagar	Sin novedades			Desde (D/M/A)	Hasta (D/M/A)

OBJETO DEL CONTRATO

Prestar servicios de apoyo en la gestión para que participe en la etapa postproducción de recursos inclusivos digitales de Insor Educativo, incluyendo interpretación, doblaje y traducción, durante la vigencia 2026

INFORMACIÓN FINANCIERA DEL CONTRATO O CONVENIO

VALOR A PAGAR EN ESTE MES	Valor antes IVA	$ 3.504.600
	IVA	$ -
	Valor total	$ 3.504.600

Valor inicial contrato	$ 40.887.000
Adición (en el caso de que aplique)	$ -
Reducción (indicar el valor mencionado en el acto administrativo)	
Valor Total:	$ 40.887.000
Total Ejecutado	$ 3.504.600
Saldo	$ 37.382.400
Porcentaje de Ejecución	
Porcentaje de Ejecución física	8%
Porcentaje de Ejecución presupuestal	9%

Nota: Los porcentajes de ejecución incluyen el mes que se está cobrando en este formato

Valores pagados meses anteriores (no incluye el valor del mes que se esta cobrando, Si es responsable de IVA, se debe incluir el valor incluido IVA)

Pago No. 1	Pago No. 2	Pago No. 3	Pago No. 4	Pago No. 5	Pago No. 6
Pago No. 7	**Pago No. 8**	**Pago No. 9**	**Pago No. 10**	**Pago No. 11**	**Pago No. 12**
Pago No. 13	**Pago No. 14**	**Pago No. 15**	**Pago No. 16**	**Pago No. 17**	**Pago No. 18**

VERIFICACION DE CUMPLIMIENTO Y DEMÁS OBLIGACIONES

CALCULO PARA CONTRATISTAS DEL APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL-SGSSI (SALUD, PENSIÓN, ARL) MÍNIMOS SOBRE EL PAGO MENSUAL

IBC 40% VALOR PAGO	TARIFA DE RIESGOS LABORALES	SALUD	PENSIÓN	ARL	FSP	TOTAL
NO APLICA	I	$ 0,00	$ 0,00	$ 0,00	N.A.	$ 0,00
VALORES PAGADOS (Registrar manualmente)		CERTIFICADO AFILIACION	CERTIFICADO AFILIACION	CERTIFICADO AFILIACION	$ 0,00	$ 0,00
Nombre de la entidad a la que se le hace el aporte (registrar manualmente)		Sanitas	Protección	Colmena		
PERIODO DE PAGO		N/A	N/A	N/A	N.A.	

CERTIFICACIONES DEL SUPERVISOR:

1. En calidad de supervisor del contrato/orden de compra y otros anotado, manifiesto que el contratista cumplió a satisfacción sus obligaciones, de acuerdo con lo establecido en el contrato, mediante el desarrollo de las actividades relacionadas en la descripción que constituye el soporte para el pago. Así mismo, se ha verificado que el contratista ha cumplido con las condiciones establecidas en la cláusula de forma de pago para trámitar el pago se autoriza mediante este documento. El cumplimiento fue verificado en ejercicio de la supervisión, con base en las evidencias o soportes respectivos que hacen parte integral de este informe, lo anterior, de conformidad con lo establecido en el artículo 83 y 84 de la Ley 1474/2011 y el inciso final del numeral 6, del Manual de Interventoría y Supervisión. SI__X__

2. En calidad de supervisor del contrato/órden de compra y/o otros, certifico que se verificó la entrega de los soportes de cumplimiento de aportes al sistema de seguridad social por parte del contratista (los soportes acreditan afiliación y pago), y que se observa que el Contratista dio cumplimiento a lo establecido en las disposiciones legales vigentes sobre el régimen de seguridad social, conforme a lo señalado en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002, la Ley 1562 de 2012, decreto 723 de 2013 y demás normas que regulen la materia. Como medida adicional y complementaria de prevención, en armonía con el último inciso del numeral 6 del Manual de Interventoría y Supervisión, manifiesto que como supervisor, de forma exporádica y aleatoria, realizo validaciones para corroborar la afiliación y los aportes, esto sin perjuicio de la responsabilidad directa y exclusiva que el contratista tiene por la veracidad, completitud y consistencia de los soportes que aporta como evidencia de cumplimeinto de sus obligaciones con el sistema de seguridad soscial integral. SI_X___

3. En caso de tratarse de un contrato que incluya equipo de trabajo, se ha procedido a verificar el cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Intergal, en lo que respecta especificamente a dicho equipo de trabajo. SI____ NO APLICA_X__

DECLARACION JURAMENTADA ANEXOS Y DEDUCCIONES DEL CONTRATISTA

En mi calidad de Contratista, identificado como aparece al pie de mi firma, declaro bajo la gravedad de juramento que se entiende prestado con la suscripción del presente documento, que la información suministrada como soporte de cumplimiento de las obligaciones con el Sistema de Seguridad Social Integral, de las demás obligaciones y aquella que me permite obtener deducciones y rentas exentas para aplicar en el contrato de prestación de servicios suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR, es veraz, cierta y fidedigna.

Declaro también bajo la gravedad de juramento que ante cualquier novedad relacionada con los soportes de las deducciones, serán informadas en el mes en que ocurra.

Declaro bajo la gravedad de juramento que los certificados de afiliacion son del contrato de prestación de servicios No. 051 suscrito con el Instituto Nacional para Sordos-INSOR. (Esto solo aplica para pesonas naturales).

Declaro bajo la gravedad de juramento estar al dia en los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y que todo el personal que participa en la ejecución del contrato No. _____, inclusive aquellos vinculados mediante contratos de prestación de servicios cumplen con las obligaciones referidas a dicho sistema. (Esto solo aplica para personas juridicas).

Para efectos de disminuir mi base de retención en la fuente a título de renta (Art. 387 E.T) sobre los valores cobrados, se adjuntan los siguientes documentos:

Planilla Estado PAGADO (A) Aportes Salud Pensión ARL	NO	**Certificado de dependientes con anexos**	NO	**Certificado de cuentas de ahorro y pago de aporte mensual para fomento de la construcción -AFC y/o Pensiones Voluntarias**	NO
Certificado de afiliación seguridad social (Aplica unicamente para primer pago, sólo adjuntar los certificados en caso de no adjuntar la planilla)	SI	**Certificado por prestamo para adquisicion de vivienda** (Año anterior)	NO	**Entidad a consignar los valores correspondientes a Pensiones voluntarias o AFC**	
Indique la modalidad de la presentación de la planilla de seguridad Social durante la ejecución del contrato (Se sugiere NO cambiar la modalidad durante el plazo de ejecución del presente contrato)	Vencida	**Comprobante de pago mensual de Medicina Prepagada**	NO	**Valor a descontar por AFC o Pensiones Voluntarias** (Indique el valor en numeros)	
Facturación Electrónica	NO	**Es pensionado**	NO	**Certificación de pago de parafiscales** (personas jurídicas)	

Como contratista persona natural, he vinculado dos (2) o más trabajadores o contratistas asociados a la actividad	☐ Si	☑ No
Mis ingresos como contratista del Estado superan las 4.000 UVT ($209,496,000)	☐ Si	☑ No
Soy responsable de Facturación Electrónica	☐ Si	☑ No
Manifiesto bajo la gravedad de juramento, que no se tomarán costos o deducciones asociados a las rentas de trabajo que no provengan de una relación laboral o legal y reglamentaria, a fin de que se aplique lo previsto en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario, esto es tomar como renta exenta el veinticinco por ciento (25%) del valor total de los pagos laborales, limitada anualmente a setecientas noventa (790) UVT. ($41,375,460)	☑ Si	☐ No

Como persona natural solicito la aplicación de una tarifa de retención en la fuente superior de acuerdo al parágrafo 3, Art 383 del Estatuto tributario, la cual se solicita sea aplicada a partir del mes siguiente a la presentación de la esta cuenta de cobro.
Tarifa Adicional ____ ○ Si ○ No

AVANCE DE LAS OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATO

OBLIGACION CONTRACTUAL	ACTIVIDADES INICIADAS Y/O REALIZADAS EN ESTE PERIODO (Indicar fechas de realización)	SOPORTES O EVIDENCIAS DE CADA ACTIVIDAD	SEÑALAR CON UNA X EL MES EN QUE EL CONTRATISTA EJECUTO LA OBLIGACIÓN												VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DEL SUPERVISOR
			ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	
1. Realizar con la interpretación en el rol del personaje "Violeta" en las clases en vivo y contenidos de educación inicial, así como con el doblaje de los diversos contenidos educativos que le sean asignados.	En el PDF llamado "EVIDENCIAS OBLIGACIÓN 1" anexado dentro del link de Drive se encuentran las actividades realizadas correspondientes a la Obligación 1, junto a las fechas de realización.	https://drive.google.com/drive/folders/1UiIARqZWR-4vbQBnAfa9mmYJwFZ-5qBS?usp=drive_link		X											Revisadas las evidencias, se verifica que desarrolló las actividades correspondientes a este compromiso. Durante el presente periodo de ejecucion no se adelantaron acciones para esta obligación.
2. Apoyar la organización de los procesos de postproducción, incluyendo actividades de interpretación de Lengua de Señas Colombiana al español, de acuerdo con las necesidades definidas por el Grupo de Recursos Inclusivos Digitales.	En el PDF llamado "EVIDENCIAS OBLIGACIÓN 2" anexado dentro del link de Drive se encuentran las actividades realizadas correspondientes a la Obligación 2, junto a las fechas de realización.	https://drive.google.com/drive/folders/1UiIARqZWR-4vbQBnAfa9mmYJwFZ-5qBS?usp=drive_link		X											Revisadas las evidencias, se verifica que desarrolló las actividades correspondientes a este compromiso. Durante el presente periodo de ejecucion no se adelantaron acciones para esta obligación.
3. Realizar traducciones escritas de Lengua de Señas Colombiana al español en las diferentes actividades adelantadas por el Grupo de Recursos Inclusivos Digitales durante la vigencia 2026.	En el PDF llamado "EVIDENCIA OBLIGACIÓN 3" anexado dentro del link de Drive se encuentra la actividad realizada correspondiente a la Obligación 3, junto a la fecha de realización.	https://drive.google.com/drive/folders/1UiIARqZWR-4vbQBnAfa9mmYJwFZ-5qBS?usp=drive_link		X											Revisadas las evidencias, se verifica que desarrolló las actividades correspondientes a este compromiso. Durante el presente periodo de ejecucion no se adelantaron acciones para esta obligación.
4. Participar en los diferentes espacios de cualificación organizados por la Subdirección de Gestión Educativa.	En el PDF llamado "EVIDENCIA OBLIGACIÓN 4" anexado dentro del link de Drive se encuentra la actividad realizada correspondiente a la Obligación 4, junto a la fecha de realización.	https://drive.google.com/drive/folders/1UiIARqZWR-4vbQBnAfa9mmYJwFZ-5qBS?usp=drive_link		X											Revisadas las evidencias, se verifica que desarrolló las actividades correspondientes a este compromiso. Durante el presente periodo de ejecucion no se adelantaron acciones para esta obligación.

OBSERVACIONES ADICIONALES:

Por lo anterior, autorizo el pago por valor de: TRES MILLONES QUINIENTOS CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE ($3.504.600)

VALOR CON IVA INCLUIDO	3.504.600
VALOR EN LETRAS	TRES MILLONES QUINIENTOS CUATRO MIL SEISCIENTOS PESOS M/CTE

FIRMA DEL SUPERVISOR		**FIRMA DEL CONTRATISTA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO**
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	**MICHAEL ALDANA BOADA**	**NOMBRE DEL CONTRATISTA: ANGIE SOFIA ALDANA ARCINIEGAS**
CARGO:	**Profesional Universitario**	**Correo personal: anglesofia.aldana@hotmail.com**
C.C: 1.018.415.759	**Correo electrónico:** michael.aldana@insor.gov.co	**C.C: 1.000.372.507**

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141237787527

(415)7707212489984(8020) 000014123778752 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 0 3 7 2 5 0 7	9	Impuestos de Bogotá	3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 0 0 3 7 2 5 0 7	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Cundinamarca 2 5	Chía 1 7 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
ALDANA	ARCINIEGAS	ANGIE	SOFIA

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 123 60 32

42. Correo electrónico: angiesofia.aldana@hotmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 1 4 3 5 0 9 8 8 9	6 0 1 6 2 7 9 1 5 1

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades			
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número establecimientos
3 2 9 0	2 0 2 0 0 5 2 6	7 4 9 0	2 0 2 1 0 6 0 1	8 5 5 1	6 2 0 2		1

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
4 9																									

53. Código 49

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros										Exportadores					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
54. Código												57. Modo			
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20			58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI ☐ NO ☐ 60. No. de Folios:

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre

985. Cargo

DOCUMENTO SIN COSTO
TRAMITE

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Establecimientos

001

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 141237787527

(415)7707212489984(8020) **000014123778752 7**

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional		14. Buzón electrónico
1 0 0 0 3 7 2 5 0 7	9	Impuestos de Bogotá	3 2	

Establecimientos, agencias, sucursales, oficinas, sedes o negocios entre otros

1

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	
Establecimiento de comerci 0 2	Otras industrias manufactureras n.c.p. 3 2 9 0	

162. Nombre del establecimiento: ALDAR CENTRO DE DESARROLLO Y EMPRENDIMIENTO

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	
Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1	

165. Dirección: CL 123 60 32

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
0 3 2 4 7 7 8 2	2 0 2 5 0 2 1 2	
168. Teléfono: 3 1 4 3 5 0 9 8 8 9	169. Fecha de cierre	

2

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

3

160. Tipo de establecimiento	161. Actividad económica	

162. Nombre del establecimiento:

163. Departamento	164. Ciudad/Municipio	

165. Dirección

166. Número de matrícula mercantil	167. Fecha de la matrícula mercantil	
168. Teléfono	169. Fecha de cierre	

EN TRAMITE DOCUMENTO SIN COSTO

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:25/02/2026

CONTRIBUYENTE	C.C. 1000372507	ANGIE SOFIA ALDANA ARCINIEGAS

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 123 60 32 Teléfonos: 3143509889

Dirección electrónica: angiesofia.aldana@hotmail. Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 11/07/2022 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: 11/07/2022

Matrícula Mercantil:NO Fecha inicio de Actividades: 26/05/2020 Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 3290 - Otras industrias manufactureras n.c.p.

Actividad 2: 6202 - Actividades de consultoría informática y actividades de administración de instalaciones informáticas

Actividad 3: 74901 - Otras actividades profesionales, cientÃ-ficas y tÃ©cnicas n.c.p. como consultorÃ-a profesional (incluye actividades de periodistas)

Actividad 4: 8551 - Formación para el trabajo

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

Version 2.02

Certificación
Bancaria

Miércoles, 25 de febrero de 2026

A quien le interese

Bancolombia S.A. se permite informar que ANGIE SOFIA ALDANA ARCINIEGAS identificado(a) con CC 1000372507, 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 de ahorros	23436839111	2007-10-06	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

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	ALDANA ARCINIEGAS ANGIE SOFIA
IDENTIFICACIÓN:	CC 1000372507
INICIO VIGENCIA:	02/02/2026
FECHA INICIO CONTRATO:	02-02-2026
FECHA FIN CONTRATO:	30-12-2026
TIPO DE TRABAJADOR:	Independiente
SEDE:	ADMINISTRATIVO
CLASE:	1
TASA:	0,522
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL TRABAJADOR:	1841201
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y loc (Decreto 768 de 2022)

DATOS CONTRATANTE

CONTRATANTE:	INSTITUTO NACIONAL PARA SORDOS INSOR
CC /NIT:	NI 860016627
CONTRATO:	1053325
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO:	1841201
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades ejecutivas de la administración pública, incluye el desempeño de las funciones gubernamentales de carácter ejecutivo, desarrolladas por los órganos y organismos centrales, regionales y loc (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 25 días del mes de febrero del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 6014010447 en Bogotá.

Cordialmente,

Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 25/02/2026 14:53:12. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

E.P.S. Sanitas
Sanitas Internacional

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 Angie Sofia Aldana Arciniegas, identificado(a) con CC número 1000372507, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1000372507
NOMBRES Y APELLIDOS	Angie Sofia Aldana Arciniegas
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	28/09/2001
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/12/2022
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	21/02/2024
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1000372507 Trabajador Independiente Desde 01/01/2026 - Vigente CEDULA DE CIUDADANIA 1000372507 ANGIE SOFIA ALDANA ARCINIEGAS Desde 01/04/2025 Hasta 31/12/2025CEDULA DE CIUDADANIA 1000372507 Trabajador Independiente Desde 01/01/2025 Hasta 31/03/2025

Generado por interfaces 25/02/2026

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

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ALDANA ARCINIEGAS ANGIE SOFIA** identificado(a) con **CC** número **1.000.372.507** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 23 de junio de 2022 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 25 de febrero de 2026.

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/**