

DESPACHO – SUBDIRECCIÓN – DIRECCIÓN U OFICINA: SUBDIRECCION DE GARANTIA DEL ASEGURAMIENTO – DIRECCION DE ASEGURAMIENTO Y GARANTIA DEL DERECHO A LA SALUD	CONTRATO No. CO1.PCCNTR.8177111	PERIODO DEL CONTRATO:
		Fecha de Inicio: 15/08/2025
		Fecha de Terminación: 31/07/2026
ENTIDAD CONTRATANTE: FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD		Plazo De Ejecución: 346 días
		Prórroga: N/A
CONTRATISTA: KAREN MELISSA TORRES RODRIGUEZ		Fecha de Inicio (Prórroga): N/A
		Fecha de Terminación (Prórroga): N/A
		SUSPENSIÓN: N/A
SUPERVISOR (Nombre y cargo): Piedad Yamile Vargas Triana Profesional Universitario Código 219 Grado 14		Fecha de Inicio (Suspensión): N/A
		Nueva Fecha de Terminación (Suspensión): N/A
		PERIODO DEL INFORME: 01/04/2026 - 30/04/2026

OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicios Profesionales especializados en la Dirección de Aseguramiento y Garantía del Derecho a la Salud - Subdirección de Garantía del Aseguramiento en las actividades relacionadas con la Inspección, Vigilancia y Seguimiento a las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios que Operan en Bogotá D.C.

BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO

VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$98.517.733,00
VALOR ADICIÓN (SI APLICA):	\$00.000.000,00
VALOR INDEXACIÓN (SI APLICA):	\$00.000.000,00
VALOR CEDIDO (SI APLICA)	\$00.000.000,00
VALOR A LIBERAR (SI APLICA)	\$00.000.000,00
VALOR PAGADO AL CONTRATISTA O CESIONARIO (SI APLICA):	\$ 55.807.733,00
VALOR A PAGAR EN EL PRESENTE PERIODO DEL INFORME:	\$8.542.000,00
SALDO POR EJECUTAR:	\$34.168.000,00

ACTIVIDADES ESPECÍFICAS, OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA DESARROLLADAS DE ACUERDO CON EL OBJETO CONTRACTUAL

OBLIGACIONES (Las estipuladas en la minuta del contrato)	AVANCE ACTIVIDADES (Desarrolladas en el periodo objeto del informe - referente a la obligación)	EVIDENCIAS O SOPORTE (Con respecto a la actividad desarrollada y donde reposan)
1. Realizar las actividades de inspección, vigilancia y seguimiento a la gestión y garantía de atención en salud de poblaciones Especiales reportadas por los diferentes Entes de Control y las Instituciones.	Para el periodo del 01/04/2026 – 30/04/2026, se realizó seguimiento a usuarios hospitalizados en la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE y Subred Integrada de Servicios de Salud Norte, pertenecientes a la población EMBERA, para lo cual se reporta información actualizada para la Procuraduría General de la Nación: <ul style="list-style-type: none"> 06 ABRIL 2026 13 ABRIL 2026 20 ABRIL 2026 	1. Anexo: correo electrónico, informe de seguimiento. Ubicación: Reposan en Share Point Poblaciones especiales y copia magnética entregada, como anexo al presente informe. Área dueña de dato: Subdirección De Garantía Del Aseguramiento. (Para tener acceso a la evidencia o soporte lo invitamos hacerlo mediante los canales institucionales establecidos por la Secretaría Distrital de Salud en el siguiente enlace: https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/POBLACIONESESPECIALES Las evidencias se encuentran igualmente cargadas en el aplicativo SECOP II Numeral 7. Allí



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

GESTIÓN CONTRACTUAL
SUBDIRECCIÓN DE CONTRATACIÓN
SISTEMA DE GESTIÓN
CONTROL DOCUMENTAL



INFORME PARCIAL Y/O FINAL DE ACTIVIDADES ESPECÍFICAS,
OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO
A LA GESTIÓN SDS – FFDS

Código: SDS-CON-FT-014 Versión: 7

Elaborado por: Carlos Andrés Montaña Buitrago /Revisado por: Nureidis Torres Vivas /Aprobado por: Katty Johana Rodríguez Lozano

	<ul style="list-style-type: none"> 27 ABRIL 2026 	<p>se evidenciará el memorando del envío de los soportes con (información sensible).</p>
<p>2. Realizar las actividades de inspección, vigilancia y seguimiento para el cumplimiento y la respuesta de las sentencias emitidas por la Rama Judicial, Ministerio de Salud y Protección Social y Defensoría del Pueblo.</p>	<p>Durante el periodo, se realizó la gestión de las siguientes sentencias y requerimientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> 2026-EE-44179 2026-EE-44792 2026-EE-45067 2026-EE-45716 2026-EE-45808 2026-EE-45810 2026-EE-44789 2026-EE-44790 2026-EE-44797 2026-EE-36613 2026-EE-36628 2026-EE-42725 2026-EE-42147 2026-EE-41971 2026-EE-36708 2026-EE-36705 2026-EE-39064 2026-EE-45827 2026-EE-44805 2026-EE-45821 2026-EE-45822 2026-EE-45820 2026-EE-45824 2026-EE-45825 2026-EE-45826 2026-EE-42167 2026-EE-39079 2026-EE-36623 2026-EE-45811 2026-EE-45812 2026-EE-45819 2026-EE-45816 2026-EE-45817 2026-EE-45818 2026-EE-45815 2026-EE-45823 2026-EE-45706 2026-EE-45698 2026-EE-45712 2026-EE-45719 2026-EE-45807 2026-EE-45814 2026-EE-45813 2026-EE-45809 2026-EE-44180 2026-EE-44796 2026-EE-44791 2026-EE-44802 2026-EE-44802 2026-EE-45704 2026-EE-38407 2026-EE-43270 2026-EE-43283 2026-EE-43426 2026-EE-43435 2026-EE-43427 2026-EE-43541 2026-EE-43432 2026-EE-35090 2026-EE-35228 2026-EE-35223 2026-EE-35226 2026-EE-35230 	<p>2. Anexo Pantallazo Matriz De Relación de sentencias, es de resaltar que los requerimientos reposan en el aplicativo AGILSALUD en el cual pueden ser consultados.</p> <p>Ubicación: Reposan en Share Point Poblaciones especiales y copia magnética entregada, como anexo al presente informe.</p> <p>Área dueña de dato: Subdirección De Garantía Del Aseguramiento.</p> <p>(Para tener acceso a la evidencia o soporte lo invitamos hacerlo mediante los canales institucionales establecidos por la Secretaría Distrital de Salud en el siguiente enlace: https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/POBLACIONESESPECIALES)</p> <p>Las evidencias se encuentran igualmente cargadas en el aplicativo SECOP II Numeral 7. Allí se evidenciará el memorando del envío de los soportes con (información sensible).</p>



	<p>2026-EE-35758 2026-EE-35763 2026-EE-35981 2026-EE-35984 2026-EE-35987 2026-EE-35989 2026-EE-35982 2026-EE-36304 2026-EE-36303 2026-EE-36638 2026-EE-36612 2026-EE-36706 2026-EE-35774 2026-EE-35990 2026-EE-35983</p>	
<p>3. Representar a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento en las diferentes mesas, reuniones y espacios de la Secretaría Distrital de Salud donde se desarrolle el componente étnico, diferencial y poblacional.</p>	<p>Para el periodo del informe no se Representó a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento en las diferentes mesas, reuniones y espacios de la Secretaría Distrital de Salud donde se desarrolle el componente étnico, diferencial y poblacional.</p>	<p>Para el periodo del presente informe no se requirió por parte de la profesional representar a la Subdirección de Garantía del Aseguramiento en las diferentes mesas, reuniones y espacios de la Secretaría Distrital de Salud donde se desarrolle el componente étnico, diferencial y poblacional.</p>
<p>4. Participar de las reuniones adelantadas por la Subdirección de Garantía del Aseguramiento en ejercicio de seguimiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Solicitudes- PQRS de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud - EAPB, según sea requerido por el supervisor.</p>	<p>Durante el periodo, no se participó en las reuniones adelantadas por la Subdirección de Garantía del Aseguramiento en ejercicio de seguimiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Solicitudes- PQRS de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud - EAPB, según lo requerido por el supervisor.</p>	<p>Durante el periodo no se requirió por parte de la profesional, participar de las reuniones adelantadas por la Subdirección de Garantía del Aseguramiento en ejercicio del seguimiento de las Peticiones, Quejas, Reclamos y Solicitudes- PQRS de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios en Salud - EAPB, no hubo este requerimiento por parte del supervisor.</p>
<p>5. Apoyar en la respuesta a las peticiones que presentan los diversos actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud, organismos de control, usuarios y demás peticionarios relacionados con el objeto contractual.</p>	<p>Durante el periodo del presente informe se hace seguimiento y gestión a los requerimientos radicados desde el Despacho del Señor Secretario.</p>	<p>3. Anexo: pantallazo Matriz De Relación de radicados de entrada.</p> <p>Ubicación: Reposan en Share Point Poblaciones especiales y copia magnética entregada, como anexo al presente informe.</p> <p>Área dueña de dato: Subdirección De Garantía Del Aseguramiento.</p> <p>(Para tener acceso a la evidencia o soporte lo invitamos hacerlo mediante los canales institucionales establecidos por la Secretaría Distrital de Salud en el siguiente enlace: https://saludcapitalgovco.sharepoint.com/sites/POBLACIONESESPECIALES) Las evidencias se encuentran igualmente cargadas en el aplicativo SECOP II Numeral 7. Allí se evidenciará el memorando del envío de sus soportes (información sensible).</p>



6. Participar en la elaboración de parámetros técnicos, programas, planes, procesos y procedimientos, así como la elaboración, actualización, validación y diligenciamiento de los instrumentos para la inspección, vigilancia, seguimiento, mejoramiento continuo y cumplimiento de la normatividad vigente de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB.	Durante el periodo no se elaboran parámetros técnicos, programas, planes, procesos y procedimientos, así como la elaboración, actualización, validación y diligenciamiento de los instrumentos para la inspección, vigilancia, seguimiento, mejoramiento continuo y cumplimiento de la normatividad vigente de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB.	Durante el periodo no se requirió la participación de la profesional en la elaboración de parámetros técnicos, programas, planes, procesos y procedimientos, así como en la elaboración, actualización, validación y diligenciamiento de los instrumentos para la inspección, vigilancia, seguimiento, mejoramiento continuo y cumplimiento de la normatividad vigente de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud - EAPB.
7. Asistir a las reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, y las demás que el supervisor requiera para el cumplimiento del objeto del presente contrato.	Durante el periodo, no se Asistió a las reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, y las demás que el supervisor requiera para el cumplimiento del objeto del presente contrato	Durante el periodo, no se requirió la participación de la profesional en reuniones convocadas por las diferentes dependencias de la Secretaría Distrital de Salud, en cumplimiento del objeto del presente contrato.

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y que a la fecha se encuentren pendientes de trámite, indicando por qué no se han desarrollado: NO Aplica

DECLARACIÓN: Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las asignaciones realizadas, efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.


INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Suma cancelada:	\$427.500	Suma cancelada:	\$ 547200	Suma cancelada:	\$17.900
No Planilla:	1081222699	No Planilla:	1081222699	No Planilla:	1081222699
Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026	Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026	Mes(es) cancelado(s):	Marzo 2026

EN CASO DE INFORME FINAL DE EJECUCIÓN

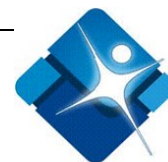
Relación de usuario y clave de acceso al equipo de cómputo:	N/A	Relación de usuarios y clave de acceso a los sistemas de información (SICAF, AGILSALUD, SICAPITAL, SIIAS, SIRC, SIDBA, SIPROJ, ETC.), si aplica a sus actividades:	N/A	Relación y entrega de archivos físicos y back up de información de archivos digitales, resultado de su gestión. (por favor indicar nombres, cantidades y ubicación):	N/A
---	-----	--	-----	--	-----

FIRMA DEL CONTRATISTA

CONTRATISTA	NOMBRES Y APELLIDOS: KAREN MELISSA TORRES RODRIGUEZ
	FIRMA:  KAREN MELISSA TORRES R 2026.05.04 21:47:22 +02'00'
	No. DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1.018.427.544

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Que, de conformidad con el informe de actividades presentado para el periodo indicado en el mismo, el supervisor da cuenta del cumplimiento de las actividades específicas, obligaciones del contratista desarrolladas de	OTRAS OBSERVACIONES: El supervisor del presente contrato certifica:
---	---



acuerdo con el objeto contractual, las cuales fueron descritas en el informe, y según el periodo de ejecución reportado. Acreditando un cumplimiento hasta la fecha de reporte del 74% de ejecución del contrato.

1. que ha verificado la existencia de cada uno de los soportes que se mencionan por parte del contratista como evidencia de la ejecución de las respectivas obligaciones contractuales.
2. Que de estas evidencias se cuenta con el soporte físico y digital.
3. Que la información obtenida de las EAPB en ejecución de la función de inspección, vigilancia y seguimiento se considera sensible por consiguiente no puede ser expuesta.

INFORME SUPERVISOR DE CONTRATO – SEGUIMIENTO A LOS RIESGOS DEL CONTRATO

En la siguiente tabla se registra e informa el estado de los riesgos de la etapa contractual (ejecución), reportados en la matriz de riesgos de los estudios previos al corte de este informe:

Nº	Descripción del Riesgo	¿Se materializo el riesgo? (Marque con una X)		Observaciones (Describe la(s) causa(s) por las cuales se materializo el riesgo)
		SI	NO	
8	Cambio de régimen NO responsable de IVA a Común o viceversa a cargo del contratista		X	---
9	Inadecuado manejo de la información a la cual tiene acceso el contratista		X	---
10	Demoras por parte de la entidad contratante (Supervisor) en la aprobación de los productos y/o informes presentados por el contratista		X	---
11	Suspensión o cancelación de la tarjeta o matrícula profesional para aquellas profesiones que así lo establecen		X	---

SUPERVISOR	NOMBRE Y APELLIDO: Dra. PIEDAD YAMILE VARGAS TRIANA – SUBDIRECCIÓN GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO -PROFESIONAL UNIVERSITARIO 219-14
	FIRMA: El presente informe es suscrito por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.
REVISÓ	NOMBRE Y APELLIDO: Dra. PIEDAD YAMILE VARGAS TRIANA – SUBDIRECCIÓN GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO -PROFESIONAL UNIVERSITARIO 219-14
	FIRMA: El presente informe es revisado por la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.
	NOMBRE Y APELLIDO: ANA MARCELA RAMIREZ – SUBDIRECCIÓN GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO - CONTRATISTA
	FIRMA: El presente informe es revisado por el apoyo a la supervisión de manera electrónica a través de la plataforma SECOP II módulo plan de pagos, de conformidad con las condiciones establecidas por la Agencia Nacional de Contratación Pública-Colombia Compra Eficiente en su calidad de administradora del Sistema Electrónico para la Contratación Pública SECOP.

NOTAS:

- * El presente informe da cumplimiento a lo citado en la ISO 9001:2015, en relación con el numeral 8.4.1.
- * Anexo: Comprobantes de pago de aportes al sistema de seguridad social en salud y pensión, Certificado ARL y Orden de Pago.
- * Para el cálculo del % de ejecución del contrato se deben tener en cuenta las adiciones si aplica.



PAGOSIMPLE |

AUTOLIQUIDACION
CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2026-05-04, 09:53:22 AM

Tipo Planilla:

I: PLANILLA INDEPENDIENTES

Número Planilla: 1081222699

Periodo Cotización:

marzo de 2026

Periodo Servicio:

marzo de 2026

PAGADA 13/04/2026 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	KAREN MELISSA TORRES RODRIGUEZ		
Documento	CC1018427544	Dirección	CRA 73 B NO 6 B 81 CASA 42
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	Teléfono	4245429
Tipo Persona	NATURAL	Forma	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	BOGOTA D.C.
Representante Legal		Identificación	
Total Afiliados	1	ARP	ARL SURA

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos 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	COB	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	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 1018427544	KAREN MELISSA TORRES RODRIGUEZ	59	0																		0	30	30	0	(231001) COLFONDOS	\$3,420,000	\$547,200	(EPS005) EPS SANITAS	\$3,420,000	\$427,500	0.522	\$3,420,000	\$17,900	(NIN-CC) NINGUNA CCF	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$992,600

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
\$3,420,000	\$3,420,000	\$3,420,000	\$0	\$547,200	\$427,500	\$17,900	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$992,600	\$0	\$992,600



Entidad:	FONDO FINANCIERO DISTRITAL DE SALUD				
Código:	201	Unidad Eje:	01	Fecha Diligenciamiento:	09-APR-26

1. DATOS DEL BENEFICIARIO

Nombre:	KAREN MELISSA TORRES RODRIGUEZ	Regimen:	No Responsable
Dirección:	CR 73 B 6 B 81	Teléfono y Fax:	
C.C o NIT:	1018427544	Banco/Sucursal:	DAVIVIENDA
Cuenta No/Clase:			008400736396/A

2. DATOS DEL COMPROMISO

Compromiso a Pagar:	CONTRATACION DIRECTA	No:	8177111	Interventor o responsable del recibo a satisfacción del bien o servicio:	TOTAL
Acta de Recibo No:		Nombre del Interventor:			

Detalle

PLANILLA OGI_VIGENCIA-MARZO 2026 CTO-NO8177111-PERIDO DE:01-mar 30-mar-2026

Tipo de Orden de Pago:	VIGENCIA
------------------------	----------

3. MOVIMIENTO PRESUPUESTAL

Fuente de financiación:		IMPUTACIÓN PRESUPUESTAL			
CDP	Código Rubro	Registro	Nombre	Valor Aplicación (Gasto)	
66	02-3-01-17-019-06-20240203-228036000	95	RS - Prestación de servicios al FFDS - SDS	\$8.542.000,00	
VR BRUTO	OCHO MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y DOS MIL PESOS			\$8.542.000,00	

ID Rubro	Fuente	Detalle	Valor	
02-3-01-17-019-06-20240203-228036000	01	12013	\$8.542.000,00	
Tipo	Com	Objeto	Ingreso	Banco
O23	20202009	91122	01-5-01-01-004-11	

4. MOVIMIENTO FINANCIERO Y CONTABLE

Descripción	% Descuento	Base de Retención	Código Contable	VALORES
Valor Bruto			5-1-11-79-0001	\$8.542.000,00
ESTAMPILLA - EST_PROCLTURA 0,5%	.5	\$8.542.000,00	2-4-36-90-0003	\$42.710,00
RETEICA- SERVICIOS 0,766%	.766	\$7.550.300,00	2-4-36-27-0001	\$57.835,00
RETEFUENTE-L.1607/12- ART 383 - PERS.NATURAL (PLA)	0	\$5.662.725,00	2-4-36-15-0001	\$130.567,00
ESTAMPILLA ADULTO MAYOR 2%	2	\$8.542.000,00	2-4-36-90-0007	\$170.840,00

Valor amortización:	TOTAL DESCUENTOS		\$401.952,00
Id fuente	Detalle	VALOR NETO A GIRAR	\$8.140.048,00
01	Recursos Del Distrito	OCHO MILLONES CIENTO CUARENTA MIL CUARENTA Y OCHO PESOS	Código contable
12013	APORTE ORDINARIO		2-4-01-02-0003

MOVIMIENTO TESORERÍA

Endosado a:	
-------------	--

Observaciones	Acreeedor (Exclusivamente para transferencia de la administración)
	Nombre _____
	Cédula _____ Firma _____

ANGELICA CELINA BOTELLO QUINTANA GESTION DE PAGOS	YOLANDA PATRICIA VALDERRAMA CORTES Responsable del Presupuesto
--	---





El Consejo Nacional de Trabajo Social (CNTS) otorga el presente:
Certificado de Registro Profesional

A favor de

Karen Melissa Torres Rodriguez

Identificado(a) con el número de registro profesional y documento de **identificación:**

N° 1018427544

Quien ha cumplido con los requisitos establecidos en la Ley 53 de 1977 y el Decreto 2833 de 1981 para ejercer legalmente en la República de Colombia como profesional de:

Trabajo Social

Otorgado con base al título universitario expedido por:

UNIVERSIDAD DE LA SALLE

Fecha de Grado:

Ene. 1, 2014

Autenticidad, Verificación y Vigencia



Inscripción expedida y aprobada por el CNTS mediante la Resolución No.

0368 - 30 de Octubre de 2015 - Bogotá D.C.

El registro ante el CNTS como profesional no vence. Debe verificar antecedentes o la autenticidad de los datos, escanee el código QR o visite la web:
cnts.gov.co/validarregistro con el NUIP o Número de Identificación.

Elaborado automáticamente por Ejerzo Legalmente
cnts.gov.co/ejerzo

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - NIT 800005991

Dir.: Calle 78 # 12 A 15, Barrio Espartillal - Localidad Chapinero

Bogotá, D. C. - Colombia

correogeneral@cnts.gov.co

(+57) 320 304 808 20 - (+57) 320 304 8933

Este certificado se expide junto con una copia digital de:



KAREN MELISSA TORRES RODRIGUEZ
UNIVERSIDAD DE LA SALLE
PROFESIONAL EN:
TRABAJO SOCIAL
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:
TP. 1018427544
FECHA DE REGISTRO: Oct. 15, 2015 FECHA DE GRADO: Ene. 1, 2014



TARJETA EXPEDIDA Y APROBADA MEDIANTE
Resolución N°. 0368 - 30 de Octubre de 2015 - Bogotá

a) Esta tarjeta digital es una representación oficial del certificado de registro profesional expedido por el Consejo Nacional de Trabajo Social.

b) Se expide en cumplimiento con lo establecido en la Ley 53 de 1977, el Decreto 2833 de 1981 y el Decreto 2106 de 2019.

c) El registro profesional otorgado no vence. Esta tarjeta conserva su validez mientras el registro se mantenga actualizado y vigente o no sea revocado por autoridad competente.

d) Puede verificar la autenticidad del registro escaneando el código QR o ingresando el número de identificación en: cnts.gov.co/validarregistro



Calle 78 N° 12A - 15 TEL: (601) 257 6129 ejerzolegalmente@cnts.gov.co

IMPORTANTE:

El registro ante el **Consejo Nacional de Trabajo Social (CNTS)** como profesional no vence.

VERIFICACIÓN LEGAL:

Pasos

1. Escanear el código QR del certificado digital o visite la web: cnts.gov.co/validarregistro
2. Digitar el NUIP o Número de Identificación del Profesional.
3. Comparar la información entre la web y el certificado.

Para verificar:

- Autenticidad del certificado.
- Vigencia o estado de registro profesional.
- Antecedentes disciplinarios.

CONSEJO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL - NIT 800005991

Dir.: Calle 78 # 12 A 15, Barrio Espartillal - Localidad Chapinero

Bogotá, D. C. - Colombia

correogeneral@cnts.gov.co

(+57) 320 304 808 20 - (+57) 320 304 8933

Medellín, 04 de mayo 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 KAREN MELISSA TORRES RODRIGUEZ identificado(a) con C1018427544 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.arsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10184275442612436177