



INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES Y BALANCE DE SUPERVISIÓN

Contratista:	1128423638 LAURA SOFIA CORREA GOMEZ
Contrato número:	10 de 05 de Enero de 2026
Tipo de Contrato:	CONTRATO DE SERVICIOS - PROFESIONALES Y DE APOYO A LA GESTION
Objeto del Contrato:	PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES ESPECIALIZADOS COMO CONTRATISTA INDEPENDIENTE, SIN VÍNCULO LABORAL POR SU PROPIA CUENTA Y RIESGO PARA APOYAR AL ISVIMED EN LA COORDINACIÓN DE LOS PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCIÓN ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA DESDE EL COMPONENTE ADMINISTRATIVO Y FINANCIERO
Valor total del Contrato:	\$ 61.405.304 (SESENTA Y UN MILLONES CUATROCIENTOS CINCO MIL TRESCIENTOS CUATRO PESOS M/L)
Valor mensual:	\$ 8.942.520 (OCHO MILLONES NOVECIENTOS CUARENTA Y DOS MIL QUINIENTOS VEINTE PESOS M/L)
Duración del Contrato:	6 meses - 26 días ** Fecha Inicio: 2026-01-05 - Fecha Fin: 2026-07-31
Total Días Suspensión en Contrato:	0 Días
Nro Compromiso:	08
Nro Disponibilidad:	15
Periodo	Mes: FEBRERO -Año 2026

Días del Mes en Contrato	Valor Día	HONORARIOS DEL PERIODO
30	298.084	8.942.520
Descripción - Deducciones	Valor Esperado	Valor Real
Aportes Salud	447.126	447.200
Aportes Obligatorias Fondos de Pensión	572.321	572.400
Aportes Cuentas AFC	0	0
Aportes Voluntarios Fondos de Pension	0	0
TOTAL RENTAS EXENTAS		0
Aportes ARL	18.671	18.700
Intereses Creditos de Vivienda 100 UVT	0	0
Salud Medicina Prepagada 16 UVT	0	509.744
Dependientes (10% honorarios del periodo) 32 UVT	0	1.019.488
Días de Suspensión en el Mes		Valor a Descontar
0		\$0
TOTAL A PAGAR		\$8.942.520

- A. EN CALIDAD DE CONTRATISTA, CON LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE DOCUMENTO ME PERMITO CERTIFICAR BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO, QUE EL DETALLE DE LAS ACTIVIDADES EJECUTADAS EN EL CORRESPONDIENTE MES CON LOS DOCUMENTOS SOPORTE FUERON DEBIDAMENTE DILIGENCIADOS Y CARGADOS EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL ISVIMED – SIFI.-
- B. GESTIÓN HUMANA CON EL APOYO DEL SUPERVISOR REALIZÓ LA VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN DEL PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. LOS APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDEN A LOS INGRESOS DEL PERIODO Y ESTÁ DE ACUERDO A LOS MONTOS EXIGIDOS POR LEY : REVISADO POR GESTIÓN HUMANA
- C. EN CALIDAD DE SUPERVISOR, CON LA SUSCRIPCIÓN DE ESTE DOCUMENTO, ME PERMITO CERTIFICAR QUE EL CONTRATISTA CUMPLIO A CABALIDAD CON LAS OBLIGACIONES PACTADAS EN EL CONTRATO SEGÚN VERIFICACION REALIZADA AL INFORME DE ACTIVIDADES QUE SE ENCUENTRA ALMACENADO EN EL SIFI (MODULO DE INFORMES DE SUPERVISIÓN) Y TODOS LOS DOCUMENTOS SOPORTE, POR LO ANTERIOR SE AUTORIZA EL PAGO DE SUS HONORARIOS DEL PERIODO **FEBRERO DE 2026**



EN CUMPLIMIENTO DE LO SEÑALADO EN EL PARÁGRAFO 2 DEL ARTÍCULO 383Y EN EL NUMERAL 2 DEL ARTÍCULO 388 DEL ESTATUTO TRIBUTARIO, INFORMO QUE PARA PRESTAR MIS SERVICIOS DURANTE EL MES DE **FEBRERO** DE **2026**, NO HE CONTRATADO O VINCULADO DOS O MÁS TRABAJADORES ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD.

A NOMBRE DE LAURA SOFIA CORREA GOMEZ

Atentamente,

SUPERVISOR

55df30ad2116848c3e7d3654
MARISOL GARCIA OSPINA
SUBDIRECTORA ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA

CONTRATISTA

LAURA SOFIA CORREA GOMEZ
C.C. 1128423638

SOLICITUD PARA DEDUCCIÓN POR DEPENDIENTES

Señores:

ISVIMED

Ciudad,

Para efectos de disminuir la base de Retención en la Fuente a título de Renta para el año 2026, y en virtud de la normatividad tributaria vigente, certifico bajo la gravedad de juramento la existencia y dependencia económica de las siguientes personas catalogadas como mis dependientes, de los cuales puedo aportar en caso de ser requerido, los soportes correspondientes a la dependencia relacionada en este certificado, y que esta solicitud no será tramitada por otro contribuyente para los dependientes relacionados.

Hijos menores de 18 años, que con dependencia económica:

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Hijos entre 18 y 23 años, que se encuentren matriculados en Educación Superior en instituciones certificadas por el ICFES o programas Técnicos acreditados por Entidad competente.

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
VALENTINA RAMIREZ CORREA	18 AÑOS	31/10/2007	1.021.924.727

Hijos Mayores de 23 años, padres y hermanos en situación de dependencia por factores físicos o psicológicos.

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Cónyuge o compañero (a) permanente; padres y hermanos en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos menores a 250 UVT (\$13.093.500) en el año.

APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Para constancia de lo anterior, se firma en la ciudad de MEDELLIN, a los 25 días del mes de FEBRERO del año 2026.

Atentamente,



Nombre Completo: Laura Sofía Correa Gómez
C.C. 1.128.423.638

SAN MARTÍN

Fundación Universitaria
Sabaneta, 21 de enero de 2026

**A QUIEN PUEDA INTERESAR
EL SUSCRITO DIRECTOR ACADÉMICO
CERTIFICA QUE:**

RAMIREZ CORREA VALENTINA, identificado(a) con cedula de ciudadanía N.º 1.021.924.727, actualmente se encuentra matriculado(a) en esta Institución Educativa con No. Nit. 860.503.634 -9, en el primer semestre de la Facultad de Medicina modalidad presencial, Registro ICFES No 270946100000563101100. Personería jurídica N° 12387 de agosto 18 de 1981 Ministerio de Educación, correspondiente al primer periodo de 2026, con una intensidad horaria de 8 horas diarias diurnas de lunes a viernes en modalidad presencial

Según CÓDIGO SNIES 106713. El pregrado tiene una duración de 12 semestres y con un total de créditos de 298

Cordialmente,



Rubén Darío Castaño Velásquez

RUBEN DARIO CASTAÑO VELASQUEZ
Director Académico
Fundación Universitaria San
Martín Sede Sabaneta.

Elaboro: María Paulina Agudelo – Asistente Admisiones

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA SAN MARTÍN-Nit: 860.503.634-9
Personería Jurídica N° 12387 de Agosto 18 de 1981
VIGILADA MINEDUCACIÓN
www.sanmartin.edu.co

Póliza de Salud
AXA COLPATRIA SEGUROS DE VIDA S.A.
N.I.T. 860002183

TIPO DE PÓLIZA: FAMILIAR ☒ COLECTIVA ☐

RAMO	CÓD SUC	PÓLIZA No.
035	273	829375470000

FECHA DE SOLICITUD			CERTIFICADO	No.	FECHA INICIO DE VIGENCIA				FECHA FIN DE VIGENCIA				
DÍA	MES	AÑO		CERTIFICADO	DÍA	MES	AÑO	HORA	DÍA	MES	AÑO	HORA	
2	0	2	0	2	5	1	5	1	0	2	0	2	5
				EXPEDICIÓN									

TOMADOR	LAURA SOFIA CORREA GOMEZ	IDENTIFICACIÓN	☒ C.C.	☐ NIT.	☐ C.E.	☐ P.A.
DIRECCIÓN	CALLE 30A # 77 60	NÚMERO	1128423638			
SUCURSAL PÓLIZA	MEDELLIN - AMP	TELÉFONO	3455100			

PRODUCTO:		POLIZA DE SALUD														
NOMBRE:		ALTERNO AMPARADO														
ASEGURADO PRINCIPAL		LAURA SOFIA CORREA GOMEZ					IDENTIFICACIÓN		☒	C.C	☐	NIT.	☐	C.E	☐	P.A
SEXO	☒	F	☐	M	EDAD:	36	EPS:	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A			NÚMERO	1128423638				
DIRECCIÓN		CALLE 30A # 77 60														
CIUDAD:		MEDELLÍN					TELÉFONO		3455100							

NÚMERO DE ASEGURADOS	1						
NOMBRES	No.	IDENTIFICACIÓN	SEXO	EPS	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	VALOR
LAURA SOFIA CORREA GOMEZ	1	CC 1128423638	F	EPS Y MEDICINA PREPAGADA SURAMERICANA S.A	TITULAR	12/09/1989	\$327,000

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA, PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARÁ DERECHO AL ASEGURADOR PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO, INC.1 DE ART.1068 C.CIO.

VIGENCIA DE LAS CONDICIONES DEL CONTRATO: PERIODO ANUAL EN EL CUAL SE MANTENDRÁN LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y DE TARIFA PACTADAS CON EL TOMADOR

VIGENCIA DEL PERIODO DE COBERTURA: CORRESPONDE AL PERIODO DE COBERTURA EN DONDE AXA COLPATRIA SE COMPROMETE A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS AL ASEGURADO. COINCIDE CON EL PERIODO DE PAGO SELECCIONADO POR EL TOMADOR.

AMPAROS TOMADOS

FRECUENCIA DE PAGO	MENSUAL
FORMA DE PAGO:	CHEQUE
TOTAL PRIMA	\$327,000
IVA	\$16,350
TOTAL PAGO	\$343,350
FECHA LÍMITE DE PAGO	

1. LÍMITES DE VALORES ASEGURADOS:

AA -COBERTURAS

AA -A PARTIR DEL PRIMER (1°) DÍA DE COBERTURA, AXA COLPATRIA PRESTARÁ LOS SIGUIENTES SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA:

AA -Urgencia ambulatoria y/o hospitalaria. Cama de acompañante o auxiliar de enfermería en hospitalización para menores de 15 años o mayores de 65 años, con orden y justificación médica.

AA -Consulta médica general, especializada, psicológica, nutrición y dietética, optometría y ortóptica a través de la red adscrita a AXA COLPATRIA Con copago.

AA -Consulta médica domiciliaria por medicina general en el perímetro de cobertura establecido por el proveedor contratado para la prestación de este servicio.

AA -Laboratorio clínico, estudios de patología e inmunología e imágenes diagnósticas simples. Con copago.

AA -Procesos de transfusión de sangre. AXA COLPATRIA no se responsabiliza por la consecución de la sangre o sus derivados.

AA -Terapia respiratoria, ocupacional, del lenguaje y fisioterapia sin límite en el número de sesiones. Con copago.

AA -Rehabilitación cardíaca sin copago: - fase 1: rehabilitación intrahospitalaria. - fase 2: rehabilitación ambulatoria tres (3) sesiones semanales por tres (3) meses, máximo treinta y seis (36) sesiones sin pago de bono por año de vigencia. - fase 3: rehabilitación ambulatoria dos (2) sesiones semanales por tres (3) meses, máximo veinticuatro (24) sesiones.

AA -Prótesis y material de osteosíntesis hasta 40 SMMLV por vigencia anual.

AA -Ambulancia dentro del perímetro urbano o intermunicipal autorizada previamente por AXA COLPATRIA.

AA -Odontología en caso de emergencia sin copago.

AA -Asistencia en el exterior límite por viaje hasta 120 días, hasta \$25,000 USD o \$30,000 euros y deducible de \$100 USD por evento

AA -Asistencias nacionales: transporte a la consulta médica, (3/vigencia ANUAL) **sujeto a condiciones y restricciones de cobertura geográfica, orientación nutricional y psicológica telefónica, orientador académico por 3 horas diarias por incapacidad del asegurado menor de 16 años (3días / por evento), orientación telefónica médica veterinaria para mascotas: 5 consultas por año de vigencia.

AA -Embarazo ectópico y aborto no provocado.

AA -Atención de urgencias ambulatorias y hospitalarias a pacientes bajo los efectos del alcohol.

AA -SEGUNDA COBERTURA: A PARTIR DEL PRIMER (1°) DÍA DEL CUARTO (4°) MES

AA - Hospitalización para tratamiento médico o quirúrgico. Cama de acompañante o auxiliar de enfermería en hospitalización para menores de 15 años o mayores de 65 años, con orden y justificación médica.

AA - Hospitalización psiquiátrica hasta 30 días por vigencia anual.

AA - Muerte cerebral o encefálica cubrimiento hasta dos (2) días de hospitalización.

AA - Estado de coma cubrimiento hasta treinta (30) días de hospitalización, siempre y cuando sea en unidad de cuidados intensivos o unidad de recién nacidos.

AA -Estado vegetativo cubrimiento hasta treinta (30) días de hospitalización.

AA -Diálisis peritoneal y hemodiálisis: para las afecciones renales agudas de carácter reversible este servicio se prestará bajo tratamiento hospitalario, máximo ocho (8) sesiones.

AA - Cirugía ambulatoria.

AA -Imágenes diagnósticas especializadas y otros estudios, incluidas las pruebas de alergia y polisomnografía, con copago.

AA -Audífonos: hasta por un límite de 1.4 SMMLV por vigencia anual. No hay cobertura de pilas, mantenimiento, aditamentos e insumos.

AA - Lente intraocular: hasta por un límite de 1 SMMLV por vigencia anual.

AA - Maternidad: se cubrirá siempre y cuando el embarazo haya iniciado después de noventa (90) días de inicio de vigencia.

AA - Gastos de atención del recién nacido, sea este prematuro o no, durante los primeros treinta (30) días de vida. Cubre anomalías y malformaciones congénitas y genéticas, siempre y cuando se incluya el recién nacido en esta póliza antes de los 30 días de edad.

AA - TERCERA COBERTURA:

AA - Cálculos biliares y renales, serán cubiertos solo cuando hayan sido diagnosticados a partir del día 1 del mes 11 de afiliación.

AA -Septoplastia y septorinoplastia funcional serán cubiertos solo cuando hayan sido diagnosticados a partir del día 1 del mes 11 de afiliación.

AA - Tratamiento de Escleroterapia se cubrirá cuando haya sido diagnosticada a partir del día 1 del mes 13 de afiliación.

AA - Oncología: tratamiento ambulatorio y hospitalario médico y/o quirúrgico, tratamientos específicos para el cáncer, se cubrirá cuando sea diagnosticado a partir del día 1 del mes 13 de afiliación: quimioterapia, radioterapia, radioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia, cobaltoterapia, yodo terapia, otras terapias con isótopos, braquiterapia excluyendo trasplante de médula ósea.

AA -Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA): se cubrirá cuando sea diagnosticado a partir del día 1 del mes 37 de afiliación. No se cubren los medicamentos inmuno moduladores ni retrovirales para el tratamiento hospitalario y/o ambulatorio.

Trasplantes de riñón y/o córnea: una sola vez independientemente del número de renovaciones de la póliza, la cobertura aplica desde el primer (1°) día del sexto año de vigencia.

AA - CUARTA COBERTURA CONTINUIDAD EN EL PAGO DE LA PRIMA A PARTIR DEL PRIMER (1°) DÍA DEL SEPTIMO (7°) MES DE VIGENCIA:

AA -Pago de la prima hasta por un periodo de seis (6) meses continuos, cuando el tomador sea beneficiario y acredite la pérdida involuntaria de su empleo o la imposibilidad de ejercer la actividad remunerativa de carácter independiente con la cual genera su ingreso.

En mi calidad de tomador de la póliza referenciada en esta carátula, manifiesto expresamente, que he tenido a mi disposición, el texto de las condiciones generales de la póliza. Manifiesto además, que durante el proceso de negociación de la póliza, me han sido anticipadamente explicadas por la aseguradora y/o por el intermediario de seguros las exclusiones y el alcance o contenido de la cobertura de la póliza y de las garantías, y en virtud de tal entendimiento, las acepto y decido tomar la póliza de seguros aquí contenida.

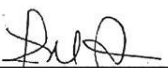
La presente póliza solicitada tiene una vigencia igual al periodo de pago pactado (mensual, trimestral, semestral o anual) con renovación automática por periodos iguales, previo el pago de la prima pactada.

LAS CONDICIONES DEL PRESENTE CONTRATO SON MANTENIDAS POR UN PERÍODO DE UN AÑO.

PÓLIZA 26/06/2023-1404-P-35-ALTERAMP/JUN2023-D001 26/06/2023-1404-NT-P-35-ALTERAMP/JUN2023. INICIO DE VIGENCIA A LAS 00:00 HORAS Y FIN DE VIGENCIA A LAS 23:59 HORAS DE LAS FECHAS DE INICIO Y FIN DE VIGENCIA INDICADAS EN LA PRESENTE CARÁTULA.

SOMOS GRANDES CONTRIBUYENTES Y AGENTES DE RETENCIÓN, SEGÚN RESOLUCIÓN 2509 DE DICIEMBRE 3 DE 1993.

EL PRESENTE DOCUMENTO SE EMITE EN LA LOCALIDAD DE MEDELLIN - AMP A LOS 21 DÍAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2025



FIRMA AUTORIZADA

FIRMA DEL TOMADOR

CLAVE	Tipo	NOMBRE	PARTICIPACIÓN
44847	Agencia de Seguros (exclusivos)	VIVASEGUROS AGENCIA DE SEGUROS LIMITADA	100,00

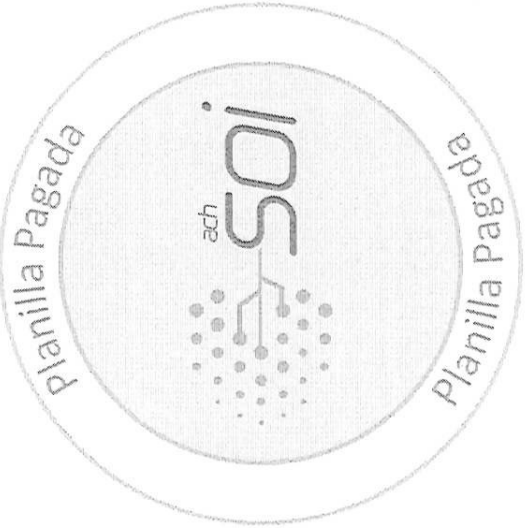


PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 1128423638
PERIODO ENERO-2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		DATOS DEL COTIZANTE	
TIPO IDENTIFICACIÓN	1128423638	TIPO IDENTIFICACIÓN	1128423638
CEDULA DE CIUDADANIA	LAURAS SOPA	CEDULA DE CIUDADANIA	LAURAS SOPA
CEDULA DE CIUDADANIA	ANTIOQUIA	CEDULA DE CIUDADANIA	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN	MEDELLIN DEPARTAMENTO	DIRECCIÓN	MEDELLIN DEPARTAMENTO
TIPO APORTANTE	02-NO DEPENDIENTE CLASE APORTANTE	TIPO APORTANTE	NO DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS SUBTIPO COTIZANTE
TIPO EMPRESA	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA	TIPO EMPRESA	NO EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSION
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	NO	APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SEÑA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA)	NO

PLANILLA No. 6001128213 TIPO DE PLANILLA: NOVEDADES												UNICO											
I PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: Ene-2026												II PERIODO COTIZACIÓN SALUD: Ene-2026											
FENESON												SALUD											
SUBSISTEMAS												ASP											
COTIZACIÓN												COF											
IBG												SENA											
IAS COT												PREF											
ADMIN												TOTAL APORTE											
TOTAL APORTE												TOTAL APORTE											
\$ 3.377.026												\$ 3.377.026											

TOTAL PAGADO: \$ 1.059.800



Entregado por:

Recibido por:

Comprobante de transacción

Exitosa

Número de aprobación	23956774
Valor de la transacción + IVA	\$ 1.059.800,00
Cuenta debitada	Ahorros a la Vista(#*****2196)
Descripción del pago	Pago de la Planilla Integrada de Seguridad Social y Parafiscales
Número de factura	12450709
Nombre del comercio	SOI ACH
Fecha y hora de solicitud	27 de enero de 2026 14:14
IP	123.674.23.1.
IVA	\$ 0,00
Valor de comisión	\$ 0,00
CUS	12450709
Referencia 1	10.80.25.153
Referencia 2	CC
Referencia 3	1128423638