

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 COORDINACION DE LOS PROCESO Y PROCEDIMIENTOS DE LA SUBDIRECCION 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: ABRIL -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	18.696
Intereses Creditos de Vivienda 100 UVT	0	0
Salud Medicina Prepagada 16 UVT	0	0
Dependientes (10% honorarios del periodo) 32 UVT	0	0
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.-

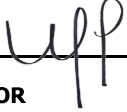
B. GESTIÓN HUMANA CON EL APOYO DEL SUPERVISOR REALIZÓ LA VERIFICACIÓN Y VALIDACIÓN DEL PAGO DE LA SEGURIDAD SOCIAL. LOS APORTES OBLIGATORIOS AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL CORRESPONDEN A LOS INGRESOS DEL PERIODO Y ESTÁ DE ACUERDO A LOS MONTOS EXIGIDOS POR LEY : REVISADO POR GESTIÓN HUMANA

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 **ABRIL 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 **ABRIL** DE **2026**, NO HE CONTRATADO O VINCULADO DOS O MÁS TRABAJADORES ASOCIADOS A LA ACTIVIDAD.

CONSIGNAR EN LA CUENTA DE BANCOLOMBIA AHORROS 912-943881-47 A NOMBRE DE LAURA SOFIA CORREA GOMEZ

Atentamente,

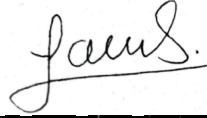


SUPERVISOR

8862fef92f68a838360aeb02

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.

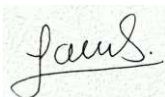
APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

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
__28__ días del mes de ___ABRIL___ del año 2026.

Atentamente,



Nombre Completo
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



Transacción aprobada en AXA Colpatria Seguros de Vida - H&C Web Responsive NR
[PAGONLINE_829375470000]

Desde PlacetoPay <no-reply@placetopay.com>
Fecha Lun 6/04/2026 7:42 AM
Para lauritasofia89@hotmail.com <lauritasofia89@hotmail.com>



Transacción Aprobada
COP \$171.675,00



Comercio	AXA Colpatria Seguros de Vida - H&C Web Responsive NR
Nombre pagador	LAURA SOFIA CORREA GOMEZ
Fecha	06 abr. 2026, 07:40:27 -05:00
Referencia	PAGONLINE_829375470000
Descripción	Pago de Servicios de AXA COLPATRIA
Valor	\$171.675,00

TOTAL PAGADO:	\$ 1.059.800
----------------------	---------------------

DATOS GENERALES DEL APORTANTE		
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1128423638
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:	LAURA SOFIA CORREA GOMEZ	
CIUDAD/MUNICIPIO:	MEDELLIN DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	CALLE 9 SUR NO 79C-151 TELÉFONO:	3163657
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:	Otras actividades de servicios
FORMA DE PRESENTACIÓN:	ÚNICO	
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):		NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA		
NÚMERO PLANILLA:	6012528264	TIPO DE PLANILLA: I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN	MES: marzo	PERIODO COTIZACIÓN MES: marzo
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO: 2026	SALUD: AÑO: 2026
DÍAS DE MORA:	0	
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2026/04/13	NÚMERO AUTORIZACIÓN: 219942227

NOVEDADES																
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

LIQUIDACIÓN GENERAL					TOTALES	
					COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8002297390	230201	230201- PROTECCION			1	\$ 572.400
SUBTOTAL:					1	\$ 572.400
SALUD						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8000887022	EPS010	CIA SURAMERICANA DE SERVICIOS DE SALUD			1	\$ 447.200
SUBTOTAL:					1	\$ 447.200
CAJA DE COMPENSACIÓN						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909008426	CCF03	CCF03-COMFENALCO ANTIOQUIA			1	\$ 21.500
SUBTOTAL:					1	\$ 21.500
RIESGOS PROFESIONALES						
ADMINISTRADORA						
NIT	CÓDIGO	NOMBRE				
8909037905	14-11	14-11 - ARL SURA			1	\$ 18.700
SUBTOTAL:					1	\$ 18.700

VALOR SIN MORA:	\$ 1.059.800
VALOR MORA:	\$ 0
TOTAL PAGADO:	\$ 1.059.800