	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E **APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN** **FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN**	**CÓDIGO: AP-IA-FT-077** **VERSIÓN: 2** **FECHA: 2024-09-16**

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	1,032,374,492
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN BACTERIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3586 2025	**FECHA INICIO CONTRATO**	01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27,678,384	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	SEIS (6) MESES
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27,678,384	**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**	$ 4,613,064
N° DE INFORME:	1	**N° CRP:** 5352	**N° CDP:** 5
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	SEIS MESES		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27		

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	0	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIONES**	0	**PRORROGAS**	0	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	
VALOR ADICIONADO		**CDP DE LA ADICIÓN:**		**CRP DE LA ADICIÓN:**		**TIEMPO PRORROGADO:**	

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	X
N° DE PÓLIZA:	N/A	**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	**FECHA DE APROBACIÓN:**		N/A

ÍTEM	**IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO** **(Deben ser coherentes con las actividades específicas realizadas durante el mes)**
1	1. OBLIGACIÓN: Prestar sus servicios con calidad y oportunidad, para el desarrollo de las actividades del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: El cronograma se realiza teniendo en cuenta las acciones a desarrollar durante el mes, las cuales son direccionadas por la SDS 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
2	1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades se desarrollan de acuerdo a lo propuesto en el lineamiento teenico emenado por la SDS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
3	1. OBLIGACIÓN: Apoyar la prestación de servicios en el Plan de Intervenciones Colectivas, presentando la información y/o soportes que se solicite conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se hace revisión de los lineamientos y caja de herramientas del programa de Tb y hansen 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico

4	1. OBLIGACIÓN: Apoyar las actividades inherentes al objeto del contrato para el mejoramiento continuo de calidad y aquellas definidas dentro de los planes de mejoramiento de los diferentes estándares de habilitación y acreditación de servicios de salud 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cada una de las acciones realizadas se registran en los formatos establecidos por la SDS y por la subred centro oriente. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
5	1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad de datos (integridad, oportunidad, consistencias, exactitud) desde su perfil profesional y experiencia en programas y planes de salud pública y conforme a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Se elaboran informes de acuerdo a lo establecido por la SDS y se entregan en los tiempos establecios para tal fin 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
6	1. OBLIGACIÓN: Realizar apropiación conceptual desde su perfil con los anexos y lineamientos técnicos del convenio PSPIC vigente y suscrito entre el FDS y la Subred. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar lectura del lineamiento y aporpiarlo de acuero a lo establecido 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
7	1. OBLIGACIÓN: Desarrollar procesos de asistencia técnica desde los diferentes procesos del Plan de Intervenciones Colectivas conforme a su saber disciplinar y profesional, en función de los requerimientos de los entornos y procesos transversales. 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar asistencias tecnicas a las ips publicas y privadas segun requerimiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico y fisico
8	1. OBLIGACIÓN: . Gestionar los espacios comunitarios e institucionales que se requieran, para el desarrollo de las acciones de los Entornos y/o Procesos Transversales del PSPIC 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la apertura de espacios opara reuniones y asistencias tecnicas 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
9	1. OBLIGACIÓN: Notificar los eventos de interés en salud pública detectados en cada una de sus intervenciones 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Reportar los casos hallados en las visitas a las ips 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico y fisico
10	1. OBLIGACIÓN: Organizar el archivo de la documentación generada de acuerdo a la normatividad y tabla de retención documental 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Las actividades desarrolladas son las contempladas en el plan de acción del programa de acuerdo a linemamiento establecido por la SDS. 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
11	1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Publica, GESI, ACCVSyE, Notificación de EISP y Participación Social 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar canalizaciones segun y eventos en salud publica 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
12	1. OBLIGACIÓN: El contratista se obliga a que las glosas que se generen por incumplimiento de las obligaciones contractuales y de acuerdo a los hallazgos que identifique el equipo de seguimiento y/o interventoría del FFDS_SDS al Convenio Interadministrativo PSPIC (conforme al anexo de CRITERIOS DE GLOSA), serán causal de inicio de apertura de procedimiento administrativo sancionatorio de incumplimiento contractual 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las acciones con criterio de calidad para evitar glosas de los procesos a realizar 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico
13	1. OBLIGACIÓN: Realizar las demás obligaciones que se relacionen con el objeto del contrato y que sean requeridas por la supervisión. Contenidas en el formato de necesidad de personal que hace parte integral del presente contrato 2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar a cabalidad las acciones solicitadas segun el lineamiento 3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Medio magnetico

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1069318113	**OPERADOR:**	SIMPLE

CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**	**FECHA DE PAGO**	**VALOR PAGADO**
SALUD:	FAMISANAR	04/01/2025	$ 230,700
PENSIÓN:	COLFONDOS	04/01/2025	$ 295,300
RIESGOS LABORALES:	SURA	04/01/2025	$ 45,000
OTRO	CCF COMPENSAR	04/01/2025	$ 11,100
	TOTAL PAGADO		**$ 582,100**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del período de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el IBC se calculó sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el período correspondiente

Yuranny Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA
CC: 1.032.374.492
CEL 3143573076

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 31/01/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA	**CC:**	1,032,374,492
		RUT (NIT):	1032374492-2
CORREO ELECTRÓNICO:	yuranny_mayorga@hotmail.com	**TELÉFONO:**	3143573076
DIRECCIÓN DOMICILIO:	TV 23 A 47 SUR 40	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Régimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	BANCO DAVIVIENDA				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	AHORROS	**N° CUENTA:**	0570004870422583

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	PS 3586 2025	**N° CDP:**	5	**N°. RP:**	5352	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: SEIS MESES
FECHA DE INICIO CONTRATO	01/01/2025	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: $ 27,678,384
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/01/2025 AL 31/01/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRASY NUMEROS)	$ 4,613,064					
	CUATRO MILLONES SEISCIENTOS TRECE MIL SESENTA Y CUATRO PESOS					

Yuranny Rodriguez

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA

CC: **1,032,374,492**

CEL: **3143573076**

Secretaría Distrital de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CODIGO: AP IA FT 078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024 09 16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	1,032,374,492

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL UNIVERSITARIO EN BACTERIOLOGIA PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN EL PLAN DE SALUD PUBLICA DE INTERVENCIONES COLECTIVAS DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 3586 2025		FECHA INICIO CONTRATO		01/01/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	$ 27,678,384				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 27,678,384		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:		$ 4,613,064
N° PAGO / N° DE INFORME:	1 de 1	N° CRP INICIAL:	5352	N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	5
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	SEIS MESES				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	1069318113		OPERADOR:		SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - GPAISP				
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	6PM CENTRO DE SALUD PRIMERA DE MAYO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	0	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICIÓN (0)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:		TIEMPO PRORROGADO:	

III. POLIZAS (SI APLICA)

N° DE PÓLIZA:	N/A	NOMBRE DE LA ASEGURADORA:	N/A
FECHA DE LA PÓLIZA	N/A	ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:	N/A

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.			
ITEM	**CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS**	**SI**	**NO**
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/01/2025 al 31/01/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR: LUZ ADRIANA CASTAÑEDA MONTEALEGRE CARGO: PROFESIONAL UNIVERSITARIO CÓDIGO 214 GRADO 27

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-01-13, 02:37:19 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1069318113

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024

PAGADO 04/01/2025 EN HORARIO EXTENDIDO

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA		
Documento	CC1032374492	**Dirección**	CL 74C SUR #14 - 54
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3143573076
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
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 AFP	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 1032374492	YURANNY LISBETH RODRIGUEZ MAYORGA	59	00																	0	30	30	30	30	(231001) COLFONDOS	$ 1.845.226	$ 295.300	(EPS017) FAMISANAR EPS	$ 1.845.226	$ 230.700	2,436	$ 1.845.226	$ 45.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 1.845.226	$ 11.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 582.100

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
$ 1.845.226	$ 1.845.226	$ 1.845.226	$ 1.845.226	$ 295.300	$ 230.700	$ 45.000	$ 11.100	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 582.100	$ 0	$ 582.100

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

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

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **YURANNY LISBETH**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **1032374492** y es titular de la cuenta terminada en ****2583** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
04/01/2025	$ 582.100,00	SIMPLE OI	1172723513	72723513

Se expide en Bogotá, el 13-01-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA