

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

LEOJANER ROJAS MORA

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

1.050.066,874

OBJETO DEL CONTRATO:

PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 N°

PS 4298 2025

FECHA INICIO CONTRATO

21/01/2025

VALOR INICIAL DEL CONTRATO

\$ 13 204 404

**PLAZO
INICIAL DEL
CONTRATO**

CINCO (5) MESES Y ONCE (11) DIAS

**VALOR TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO ADICIONES:**

\$ 13,630,906

**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A
CERTIFICAR:**

\$ 2,539.752

Nº DE INFORME:

5

Nº CRP:

9987

Nº CDP:

121

**PLAZO TOTAL DEL CONTRATO
INCLUIDO PRORROGAS**

CINCO MESES Y ONCE DIAS

UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:

SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO

NOMBRE DEL SUPERVISOR:

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA
PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

[illegible]

III. POLIZAS

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

FECHA DE APROBACIÓN:		N/A
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	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar las actividades descritas en el lineamiento vigente del Plan de Intervenciones Colectivas en el Distrito Capital según el convenio con la Subred Centro Oriente.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico</p>
2	<p>1. OBLIGACIÓN: Presentar mensualmente el cronograma de actividades a desarrollar.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar actividades programadas en el cronograma mensual y realizar las observaciones pertinentes frente a las actividades que se realizaron y que no estaban plasmadas dentro del cronograma mensual.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>

3	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
4	<p>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 habitación y acreditación de servicios de salud.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el protocolo y los procesos de vacunación segura con el fin de mantener y mejorar la calidad del servicio de vacunación.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
5	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Leer y realizar apropiación conceptual según el Manual técnico Administrativo del PAI, las circulares y lineamientos vigentes del PAI.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
6	<p>1. OBLIGACIÓN: Cumplir con la meta, actividades y/o productos programados y asignados con la calidad del dato requerida (oportunidad, consistencia, exactitud) desde su perfil técnico y conforme a los anexos y lineamientos técnicos del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la búsqueda activa de población susceptible para vacunación dentro de las 6 localidades en cada una de las estrategias del programa ampliado de inmunizaciones para la administración de inmunobiológicos correspondientes de acuerdo al antecedente vacunal de cada usuario, realizando correcto diligenciamiento de los formatos estipulados en el programa.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
7	<p>1. OBLIGACIÓN: Realizar con calidad y oportunidad los procesos de captura del dato, revisión y custodia de los formatos, documentos y/o bases de datos y aplicativos, que correspondan a las acciones o intervenciones realizadas de acuerdo a los lineamientos técnicos de los entornos y procesos transversales del convenio Interadministrativo PSPIC.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Realizar la respectiva verificación del antecedente vacunal así como los datos de identificación y/o ubicación correspondientes al usuario para el respectivo registro diario de vacunación, los cuales serán responsabilidad del vacunador- registrador encargado hasta la entrega al jefe extramural.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>
8	<p>1. OBLIGACIÓN: Dar cumplimiento a las actividades de los procesos TRANSVERSALES del PSPIC, de acuerdo a su competencia: CANALIZACIONES, PAI, Educación para la Salud Pública, GESI, ACCVSYE, Notificación de EISP y Participación Social.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con el envío semanal de canalización a los diferentes programas, servicios y programas transversales según la necesidad identificada en los usuarios objetos del programa.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en magnético</p>
9	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Cumplir con las actividades asignadas oportunamente según los lineamientos y/o directriz de la coordinación del programa ampliado de inmunizaciones y/o coordinación PIC cumpliendo con la congruencia, completitud, exactitud y calidad de cada uno de los productos.</p>
10	<p>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.</p> <p>2. ACTIVIDADES DESARROLLADAS: Desarrollar actividades según necesidad de la Subred, en cualquiera de los espacios o procesos transversales de acuerdo a los lineamientos del contrato PSPIC.</p> <p>3. PRODUCTO (EVIDENCIA): Producto en físico y en magnético</p>

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	85706832	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	FAMISANAR	09/04/2025	\$ 178.000
PENSIÓN:	PORVENIR	09/04/2025	\$ 227.800
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA	09/04/2025	\$ 34.700
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 440.500

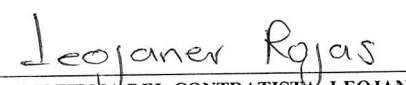
VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
- 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 ningún caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliación a EPS, ARL, Pensión, RUT)
- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo SECOP de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro.
- 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 periodo correspondiente


NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEJANER ROJAS MORA
CC: 1.050.066.874
CEL 3017013147

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/04/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	LEOJANER ROJAS MORA	CC:	1.050.066.874
CORREO ELECTRÓNICO:	leojanerr18@gmail.com	RUT (NIT):	1050066874-7
DIRECCIÓN DOMICILIO:	DG36S 8 65E	TELÉFONO:	3017013147
		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 DESPLÉGABLE)		TIPO DE CUENTA:	AHORROS	N° CUENTA:	484413233013

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

N° DEL CONTRATO:	PS 4298 2025	N° CDP:	121 - 1147	N° RP:	9987 -	PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS: CINCO MESES Y ONCE DÍAS
FECHA DE INICIO CONTRATO	21/01/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:		30/06/2025		TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES: \$ 13.630.906
PERIODO OBJETO DE COBRO:	DEL 01/04/2025 AL 30/04/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NÚMEROS)	\$ 2.539.752					
	DOS MILLONES QUINIENTOS TREINTA Y NUEVE MIL SETECIENTOS CINCUENTA Y DOS PESOS					

NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA: LEOJANER ROJAS MORA

CC: 1.050.066.874

CEL: 3017013147

		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		CÓDIGO: 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			LEOJANER ROJAS MORA ✓			
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD			1.050.066.874 ✓			
I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS						
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO AUXILIAR DE ENFERMERIA 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 4298 2025		FECHA INICIO CONTRATO	21/01/2025 ✓		
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		\$ 13.204.404				
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 13.630.906		VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 2.539.752 ✓		
Nº PAGO / Nº DE INFORME:	5 de 5 ✓	Nº CRP INICIAL:	9987 ✓	Nº CDP INICIAL DEL CONTRATO	121 ✓	
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	CINCO MESES Y ONCE DIAS					
Nº DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:	85706832		OPERADOR:	MI PLANILLA ✓		
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:	GSP PSPIC - MACRO, MESO Y MICRO ✓					
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO ✓					
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30 ✓					
II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES						
Nº DE MODIFICACIÓN:	1	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):			ADICIÓN (1)	PRÓRROGA (0)
VALOR ADICIONADO	\$ 426.502	CDP DE LA ADICIÓN:	1147 ✓	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:	
VALOR ADICIONADO		CDP DE LA ADICIÓN:		RP DE LA ADICIÓN:	TIEMPO PRORROGADO:	
III. POLIZAS (SI APLICA)						
Nº 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 01/04/2025 al 30/04/2025

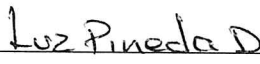
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:


NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

LIDA ESPERANZA MONTENEGRO PARRA

PERFIL:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO ÁREA DE LA SALUD CÓDIGO 242 GRADO 30


NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR:

LUZ CONSUELO PINEDA DUEÑEZ

PERFIL:

PROFESIONAL ESPECIALIZADO REFERENTE DE GESTION

DATOS DEL APORTANTE								EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO		
CC	1050066874	LEOJANER ROJAS MORA		dg 36 sur 8 65 este	3017013147	leojanerr18@gmail.com		
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO			
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85706832	\$440.500	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD				UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria		No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	178.000	0		0		0	0	0	0	178.000	1

TOTALES PENSIÓN				Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliado
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria									
230301	Porvenir	800224808-8	227.800	0	0	0	0	0	0		227.800	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	100				34.700	0	0	34.700			347	34.700	1

TOTALES CAJAS				Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliado
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte				

TOTALES PARAFISCALES				No. Afiliados
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	178.000	178.000
Pensión	1	227.800	227.800
Riesgos Laborales	1	34.700	34.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	440.500

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

PAG 2 de 2

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1050066874	LEOJANER ROJAS MORA		dg 36 sur 8 65 este	3017013147	leojanerr18@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS UPC
					1 0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-03	2025-03	I	09/04/2025	85706832	\$440.500

DETALLE POR COTIZANTE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Salud	Salud	Salud	Salud	Salud	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	VSP	V

PAGADA



DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **LEOJANER ROJAS MORA**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía No. 1050066874** y es titular de la cuenta terminada en ****3013**, realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
08/04/2025	\$ 440.500,00 ✓	COMPENSAR- OI ✓	1398261288	98261288 ✓

Se expide en Bogotá, el 11-04-2025. ✓

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.