

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

Nit. 802.011.065-5

DEBE A

HENRY PAOLO SÁNCHEZ ESCOLAR

VALOR DEL PAGO: (2.000.000 dos millones de pesos moneda legal)

PERIODO A CANCELAR: Quinto pago contrato 20250338.

OBJETO DEL CONTRATO: Prestación de Servicios de Apoyo a la Gestión en la Institución Universitaria de Barranquilla.

No. Contrato: 20250338

No. CDP. 250365

No. RP. 250682

No. CUENTA PARA CONSIGNAR: Cuenta de Ahorros número 48730789079 del Banco Bancolombia.

Correo electrónico: henrysanchez1112@gmail.com

Número de teléfono: 3204952723

Soledad, 14 de julio de 2025.

INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

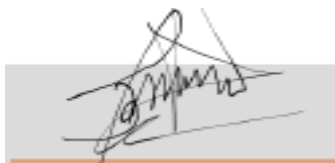
Rad: 252752 **Fecha:** 17/07/2025 **Hora:** 10:04:31

Asunto: 20250338-HENRYPAOLOSA#769;NCHEZESCOLAR-QUINTO PAG

Anexos: 10 FOLIOS

Remite: HENRY PAOLO SANCHEZ ESCOLAR

Destino: RODOLFO JOSE GONZALEZ PULIDO



HENRY PAOLO SÁNCHEZ ESCOLAR

C.C 1140835244 de Barranquilla

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 1 de 4
--	---	---

Fecha:	14	de	Julio	de	2025
--------	----	----	-------	----	------

Acta de recibo Inicial __ Parcial __ Final X

INFORMACIÓN GENERAL DEL CONTRATO	
Contrato número:	20250338
Tipo de contrato:	CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS
Nombre de Contratista:	HENRY PAOLO SÁNCHEZ ESCOLAR
Objeto del contrato: PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN EN LA INSTITUCIÓN UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA IUB	

Valor del contrato:	\$9.200.00 (El valor estimado del contrato es la suma de nueve millones doscientos Mil pesos moneda legal)		RP Número:	250682	
Rubro:	2.1.2.02.02.008 - SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN	Fuente de Financiación:	Recursos propios		Centro de Costo: Rectoría
Plazo del contrato:	Fecha de inicio:	11-03-2025		Fecha de finalización:	30/06/2025
Suspensión de contrato: (Si aplica)	Fecha de suspensión:	N.A		Fecha de reinicio:	N.A

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL CONTRATO	
Adicional al contrato número:	N.A
Tipo de contrato:	N.A
Nombre de Contratista:	N.A
Objeto del contrato:	

Valor del adicional contrato:	\$	Valor Total Del Contrato	\$	RP Número:	N.A
Rubro:	N.A	Fuente de Financiación:	N.A	Centro de Costo:	N.A
Plazo del contrato:	Fecha de inicio:	N.A	Fecha de finalización:	N.A	
Suspensión de contrato: (Si aplica)	Fecha de suspensión:	N.A	Fecha de reinicio:	N.A	

INFORMACIÓN DEL PAGO
Valor a Pagar Inicial: \$ 2.000.000 dos millones de pesos M/L.

 INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 2 de 4
Periodo al que corresponde el pago:	Quinto pago contrato 20250338

GARANTÍAS CONSTITUIDAS POR EL CONTRATISTA (las solicitadas en el contrato):				
Amparos	Aseguradora	No de Póliza	Vigencia	
			Desde (dd-MM-yyyy)	Hasta (dd-MM-yyyy)
Calidad del servicio	N.A	N.A	N.A	N.A
Cumplimiento	N.A	N.A	N.A	N.A
Anticipo	N. A	N.A	N.A	N.A
Pago anticipado	N.A	N.A	N.A	N.A
Calidad y correcto funcionamiento de los bienes y equipos suministrados	N.A	N.A	N.A	N.A
Salarios y prestaciones	N.A	N.A	N.A	N.A
Responsabilidad Civil Extracontractual	N.A	N.A	N.A	N.A
Otros	N.A	N.A	N.A	N.A

ACREDITACION PAGOS APORTES (Persona Natural)	BASE GRAVABLE 40% DEL VALOR DEL CONTRATO		APORTE CORRESPONDIENTE AL MES DE:
Salud	12.5%	\$178.500	JUNIO
Pensión	16%	\$228.400	JUNIO
ARL	0,522%	\$7.600	JUNIO

CERTIFICACIÓN APORTES PARAFISCALES REVISOR FISCAL – REPRESENTANTE LEGAL (Persona Jurídica)	Fecha (dd/mm/aaaa)
---	--------------------

CONTRATO		20250338		
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	\$9.200.000	20250021606	\$28.000	12/03/2025
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	N.A	N.A	N.A	N.A
Estampilla Pro Cultura	N.A	N.A	N.A	N.A
Bono al Deporte	N.A	N.A	N.A	N.A

ADICIONAL DEL CONTRATO				
PAGO DE ESTAMPILLAS DISTRITALES	BASE GRAVABLE	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla ITSA	N.A	N.A	N.A	N.A
Estampilla Pro – Dotación (Tercera Edad)	N.A	N.A	N.A	N.A
Estampilla Pro Cultura	N.A	N.A	N.A	N.A
Bono al Deporte	N.A	N.A	N.A	N.A

	INFORME DE SEGUIMIENTO DE INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN DE PROVEEDOR O CONTRATISTA	FR-JUR-02-V13 Vigencia: 15/12/2022 Pág. 3 de 4
---	---	---

PAGO DE ESTAMPILLAS DEPARTAMENTALES:	N° Recibo Pago	Valor Pagado	Fecha de Pago
Estampilla Pro-Hospitales de 1y 2 Niveles	N.A	N.A	N.A
Estampilla Pro-Hospital Universitario CARI	N.A	N.A	N.A
Estampilla Pro-Electrificación Rural	N.A	N.A	N.A
Estampilla Pro-Cultura	N.A	N.A	N.A
Estampilla Pro-Desarrollo	N.A	N.A	N.A
Estampilla Pro-Ciudadela Universitaria	N.A	N.A	N.A
Estampilla Pro-Anciano	N.A	N.A	N.A

ASISTENTES A LA REUNIÓN

Interventor(es) o Supervisor (es):	Carolina Monsalve Pabón		
Por parte del contratista:	Henry Paolo Sánchez Escolar		
Lugar donde se realiza la reunión	Sala de Juntas Soledad		
Hora de inicio (a.m./p.m.)	9:00 am	Hora de finalización (a.m./p.m.)	10:00 am

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS Y/O ACTIVIDADES CONTEMPLADAS EN EL CONTRATO

Actividad /Compromiso	Justificación / Observación
Apoyar en la construcción, registros, seguimiento y actualización de las plantillas de horarios académicos cuatrimestrales	Se apoya a la unidad de planeación en la construcción, registros, seguimiento y actualización de las plantillas de horarios académicos cuatrimestrales
Apoyar el registro, revisión y ajuste de las asignaciones académicas en los documentos de seguimiento, el sistema institucional y las plantillas de horarios.	Se apoya a la unidad de planeación en el registro, revisión y ajuste de las asignaciones académicas en los documentos de seguimiento, el sistema institucional y las plantillas de horarios.
Apoyar en la revisión y ajustes de la proyección académica cuatrimestral, asegurando el correcto registro de los grupos de primer ingreso y la continuidad estudiantil, con el fin de optimizar la planeación de los horarios académicos.	Se apoya a la unidad de planeación en la revisión y ajustes de la proyección académica cuatrimestral, asegurando el correcto registro de los grupos de primer ingreso y la continuidad estudiantil, con el fin de optimizar la planeación de los horarios académicos.
Apoyar en el seguimiento y control de la estructuración de la proyección académica a nivel de módulos por programa, en coordinación con las Facultades y unidad de Idiomas, para la adecuada asignación de horarios y recursos físicos.	Se apoya a la unidad de planeación en el seguimiento y control de la estructuración de la proyección académica a nivel de módulos por programa, en coordinación con las Facultades y unidad de Idiomas, para la adecuada asignación de horarios y recursos físicos.
Apoyar en la optimización del sistema de solicitudes y asignación de recursos físicos, a través de la herramienta Mi Espacio.	Se apoya a la unidad de planeación en la optimización del sistema de solicitudes y asignación de recursos físicos, a través de la herramienta Mi Espacio.
Apoyar en la elaboración de informes sobre el uso de infraestructura física, tecnológica y deportiva.	Se apoya a la unidad de planeación en la elaboración de informes sobre el uso de infraestructura física, tecnológica y deportiva.

EVALUACIÓN AL PROVEEDOR O CONTRATISTA

Califique de 1 a 5 según el grado de satisfacción. Donde 1 es el mínimo y 5 el máximo:

OPCIONES A EVALUAR	1	2	3	4	5
Cumplimiento al objeto del contrato				X	
Calidad de las especificaciones del bien o servicio				X	
Cumplimiento de la entrega				X	
Atención al cliente por parte del contratista				X	

Calificación proveedor o contratista: 4

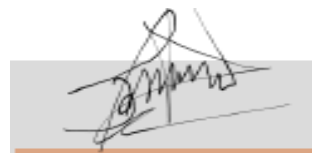
COMPROMISOS ADQUIRIDOS EN LA INTERVENTORÍA O SUPERVISIÓN		
Compromiso	Fecha de entrega	Responsable

Fecha de la próxima reunión	NA	De	NA	de	NA
-----------------------------	----	----	----	----	----

Para constancia de lo anterior, firman la presente acta los que en ella intervinieron a los (14)					
Catorce	días del mes de	Julio	de	2025	



Carolina Monsalve Pabón
Supervisor o Interventor



Henry Paolo Sánchez Escolar
Contratista

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140835244		SANCHEZ ESCOLAR HENRY PAOLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 19 # 47 02	SOLEDAD-ATLANTICO	3458699	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-05	2025-05	1624953975	9488903561	I	2025/06/12	2025/07/14	BANCOLOMBIA	\$421,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	del	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																														
1	CC	1140835244	SANCHEZ HENRY																	230301	30	CCFC55	30		0	14-11	30	0.522%	0	No
Total		Afiliados(1)																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140835244		SANCHEZ ESCOLAR HENRY PAOLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 19 # 47 02	SOLEDAD-ATLANTICO	3458699	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-05	2025-05	1624953975	9488903561	I	2025/06/12	2025/07/14	BANCOLOMBIA	\$421,900

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$4,700	\$0	\$232,500
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$4,700	\$0	\$232,500
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$200	\$0	\$7,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$7,500	\$200	\$0	\$7,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$3,700	\$0	\$181,700
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	\$178,000	\$3,700	\$0	\$181,700
TOTAL				1	\$413,300	\$8,600	\$0	\$421,900

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140835244		SANCHEZ ESCOLAR HENRY PAOLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 19 # 47 02	SOLEDAD-ATLANTICO	3458699	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-06	2025-06	1624969758	9488903574	I	2025/07/10	2025/07/14	BANCOLOMBIA	\$414,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																	PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	de	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	lge	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Codigo	Dias	Tarifa	Dias	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																														
Ciudad: SOLEDAD Depto: ATLANTICO (1 Afiliados)																														
1	CC	1140835244	SANCHEZ HENRY	X																230301	30	CCFC55	30		0	14-11	30	0.522%	0	No
Total		Afiliados(1)																												

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 1140835244		SANCHEZ ESCOLAR HENRY PAOLO	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	cr 19 # 47 02	SOLEDAD-ATLANTICO	3458699	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago	
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Valor
2025-06	2025-06	1624969758	9488903574	I	2025/07/10	2025/07/14	BANCOLOMBIA	\$414,500

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$227,800	\$600	\$0	\$228,400
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	\$227,800	\$600	\$0	\$228,400
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$7,500	\$100	\$0	\$7,600
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	\$7,500	\$100	\$0	\$7,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	\$178,000	\$500	\$0	\$178,500
CAJACOPI	CCFC55	901,543,211	6	1	\$178,000	\$500	\$0	\$178,500
TOTAL				1	\$413,300	\$1,200	\$0	\$414,500



Jueves, 13 de Marzo de 2025

[Regresar Menú Rentas](#) | [Nueva Búsqueda](#)

Datos Básicos del Recibo de Pago

No. Documento: 20250021606

Fecha Emisión: 12/03/2025

Identificación: 1140835244

Declarante: HENRY PAOLO SÁNCHEZ ESCOLAR

Vigencia: 2025

Periodo Liquidación: 1

Impuesto: ESTAMPILLA ITSA

Acto: ESTAMPILLA ITSA

Base Gravable: \$ 9.200.000

Fecha Pago: 12/03/2025

Monto Pagado: \$ 28.000

Banco Recaudador: BANCO DE OCCIDENTE

No. de Soporte: CO1.SLCNTR.14669141, CONTRATO SECOP: 20250338

Asociada Entidad: ALCALDIA DE BARRANQUILLA

Estado: VALIDACION CORRECTA DEL IMPUESTO

FORMATO DECLARACION JURAMENTADA CONTRATISTA

Soledad, 11 de marzo de 2025

Señores:

INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA

El presente certificado para dar cumplimiento a la ley 1819 y de conformidad, declaro bajo gravedad de juramento que:

1). Soy residente fiscal colombiano: SI ☒ NO ☐

2). Que he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad por lo menos noventa (90) días continuos o discontinuos. Art. 388 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016 y art 340 del ET modificado por la Ley 1819 de 2016.

SI ☐ NO ☒

3). Soy declarante del impuesto sobre la renta y complementarios:

SI ☐ NO ☒

4). Para efectos de disminuir la base de retención en la fuente a título de renta (art. 387 ET), sobre mis honorarios o servicios, me permito adjuntar los siguientes documentos:

a). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción por Dependientes. SI ☐ NO ☒

b). Que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016; solicito deducción por los intereses de vivienda. Respaldada con la certificación de la Entidad que financia el crédito. SI ☐ NO ☒

c). que de acuerdo a lo establecido en el artículo 387 del E.T. modificado por la Ley 1819 de 2016, solicito deducción de la medicina prepagada respaldada con la certificación de la entidad promotora de salud. SI ☐ NO ☒

NOTA: Me comprometo a suministrar oportunamente cualquier cambio en la información aquí manifestada.

FIRMA



Henry Paolo Sánchez Escolar
Cc.1.140.835.244 de Barranquilla

		GERDTS IPS SAS Licencia SST 04602- Cod. Prestador 0875802618-01 Nit: 901216882-6 Sede 1: Clle 76F No 22D -09 Sede 2: Calle 45G No 15 Sur - 30 Celular: 3005932814 - 3046581638 sergio.82@live.com www.gerdtscounseling.com					
CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL							
INFORMACION GENERAL							
FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL			
14	2	2025	SOLEDAD (ATLÁNTICO, COLOMBIA)	EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL		INGRESO	
DIA	MES	AÑO	Ciudad	OSTEOMUSCULAR			
DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORO EL TRABAJADOR O ASPIRANTE							
INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA			INSTITUCION UNIVERSITARIA DE BARRANQUILLA		ADMINISTRADOR DE EMPRESAS		
Nombre de la empresa			Nombre de la empresa		CARGO		
DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)							
HENRY PAOLO SANCHEZ ESCOLAR				RH	Genero	Edad	
Apellidos y Nombres				A+	M	34	
							CC
				Tipo	Número		
EVALUACION MEDICA							
RESTRICCIONES LABORALES			TIPO		RECOMENDACIONES		
SIN RESTRICCIONES LABORALES			NO APLICA		NO APLICA		
APTO CON RECOMENDACIONES			PARA LABOR ASIGNADA				
El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:							
EVALUACIÓN MÉDICO OCUPACIONAL	✓	COLESTEROL TOTAL	✓	TALLA:	1,77	IMC	
AUDIOMETRÍA	✓	TRIGLICERIDOS	✓	PESO:	93	29,7	
VISIOMETRÍA	✓	GLICEMIA	✓	CATEGORIA:	SOBRE PESO		
ELECTROCARDIOGRAMA	N/A	COPROLOGICO	N/A		GLICEMIA:	106	NORMAL
ESPIROMETRIA	N/A	KOH DE UÑAS:	N/A				
FROTIS DE GARGANTA:	N/A	PRUEBA DE DROGA RAPIDA	N/A				
RECOMENDACIONES GENERALES Y LABORALES							
Recomendaciones		Según IMC		Manejo EPS/ARL		Inclusión(Sistema de Vigilancia Epidemiológica).	
Control Ocupacional Periodico		Dieta Balanceada		Remisión a EPS		Salud Visual	
Higiene Postural	✓	Ejercicio Regular		Remisión a ARL		Cuidado Auditivo	
Pausas Activas	✓	Valoración Nutricional	✓	Continuar Tto Medico		Cardiovascular	
Evaluación puesto de trabajo		Valoración EPS	✓	Otros:		Cuidado Espalda	
Control Visual en un año		Hábitos Saludables					Osteomuscular
Audiometría en un año		Otros:					Pared Abdominal
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES							
Uso Diario De Elementos De Protección Personal							
Cumplir Con Los Procedimientos De Trabajo Seguro							
Se Remite A Su EPS Para Control Por Nutrición							
Hacer Ejercicios Tres (3) Veces Por Semana Al Menos 30 Min Al Día							
Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados antes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.							
 DARIO RIPOLL BENAVIDES RM: 3502 – LIC: 3485							
Código de Verificación			EMGI N° 2425		HENRY PAOLO SANCHEZ ESCOLAR		



CERTIFICADO

**BARRANQUILLA,
ATLANTICO,
COLOMBIA,
A quien interese**

02/06/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor HENRY PAOLO SANCHEZ ESCOLAR** con **Cédula de Ciudadanía** número **1140835244**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

0550488453114420

Fecha de apertura

02/06/2025

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA