

FECHA: 22/08/2025

2,985,000.00

CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE

CC ó Nit:

1032450697

DOS MILLONES NOVECIENTOS OCHENTA Y CINCO MIL PESOS M/CTE

Transferencia

Desde Davivienda. Cuenta No. : 475900104468 Hacia: Davivienda Cuenta No. 0550475900103767

OPS-263

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT: 860020094-8

AV. MEDINA NO. 6-06 Tel. 8475710

COMPROBANTE DE EGRESO No.

34857

FECHA: 22/08/2025

DETALLE DEL EGRESO:

PAGO SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1220 JULIO 2025

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
1575	1753	538	493	2.4.5.02.09.04	CONVENIO - EQUIPOS MEDICOS	2,985,000.00
TOTAL						2,985,000.00

DETALLE ORDENES DE PAGO

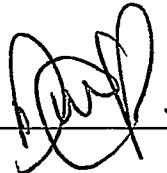
Orden Pago	Detalle	Valor Orden	Saldo
38351	SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1220 JULIO 2025		2,985,000
TOTAL			2,985,000

DETALLE DE PAGO

Cuenta	Descripción	Debito	Credito
11321023	DAVIVIENDA CTA 4759-0010-4468 RES. 1220 EQUIPOS MEDICOS 2024	0.00	2.985.000.00
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS	2.985.000.00	0.00



GERENTE



SUB GERENTE

BENEFICIARIO

CC/NIT



HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

Pag 1

NIT. 860.020.094-8

Avenida N° 6 -06 - El Colegio-Cund

DOCUMENTO EQUIVALENTE D 522/93 ART. 3

Orden de Pago Nro : 38351

Fecha : 22/08/2025

Tercero : 1032450697

CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE

Autorretenedor : No

Factura : 7

Regimen : Comun

Disponibilidad :538

Contribuyente : No

Fecha : 22/08/2025 2:06:00

Prefijo : JULIO

Reserva : 1753

I. C . A : ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL

p. m.

Retencion :

Descripcion : SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1220 JULIO 2025

Descuento : .00

CONCEPTOS

Codigo	Descripción	Valor
1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000	15,000.00
230	73010201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - URGENCIAS	3,000,000.00
65	24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS	2,985,000.00

DETALLE CONTABLE

Cuenta	C Costo	UFuncional	Lugar	Nit	Debito	Credito
73010201	010101	01	01	1032450697	3,000,000.00	.00
24362707				1032450697	.00	15,000.00
24905501				1032450697	.00	2,985,000.00

USUARIO

EDISSON RESTREPO MOLINA



Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN
Nombre Proceso	PAGO EBS 2 JULIO 2025
Fecha Pago	22/08/2025
Hora Pago	14:48

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1032450697	Referencia	0000000000000000
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5111 Banco	DAVIVIENDA	
Valor	\$ 2.985.000,00 Estado	Pago Exitoso	

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial



CERTIFICACIÓN DE SUPERVISION DE CONTRATO DE (PRESTACIÓN DE SERVICIOS, SUMINISTROS, COMPRAVENTA u OBRA PÚBLICA) de acuerdo al contrato

Nº DEL CONTRATO	263
CONTRATISTA	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA
IDENTIFICACION:	1.032.450.697
FECHA DE SUSCRIPCION:	19/06/2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE EL COLEGIO EN EL AREA RURAL EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL CONTEXTO DE LAS ACCIONES DE PROMOCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCION INDIVIDUAL, FAMILIAR, COLECTIVA Y COMUNITARIA SEGUN RESOLUCION 1220 DEL 08 DE JULIO DEL 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 9.000.000
PLAZO INICIAL:	3 MESES
FECHA DE INICIO:	26/06/2025
FECHA DE TERMINACION INICIAL:	25/09/2025
TIEMPO DE PRORROGA	
ADICION EN VALOR	
FECHA TERMINACION:	

MES PAGADO	FECHA DE PAGO:
JUNIO	29-jul-25

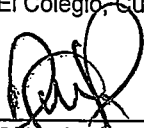
Certificación de pago seguridad social y parafiscales	FECHA DE CERTIFICACION:
El coordinador del área CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de JULIO	

Que en razon a dicha ejecucion, el valor correspondiente a pagar es de TRES MILLONES DE PESOS
\$ (3,000,000)

Que se hizo control y seguimiento de las obligaciones contempladas dentro del contrato (de prestación de servicios) de acuerdo a la Referencia, correspondientes a la ejecución ,verificando permanentemente (la calidad del servicio,) dentro de las acciones legales encaminadas a garantizar el cumplimiento del contrato.

Informe de pago	SI
Planilla de Seguridad Social	SI
Factura -Cuenta de cobro	SI

Se expide la certificación en el Municipio de El Colegio, Cundinamarca, en el mes de AGOSTO 2025


DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA
SUPERVISOR

Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co

CUENTA DE COBRO No. 01
LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EL COLEGIO CUNDINAMARCA

DEBE A:
LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA
C.C. 1032450697 DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA

LA SUMA DE: TRES MILLONES DE PESOS M/C (\$ 3.000.000)

Según objeto del contrato "PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE EL COLEGIO EN EL AREA RURAL EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES MEDIANTE LA IMPLEMENTACION DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL CONTEXTOS DE LAS ACCIONES DE PROMOCION MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COLECTIVA Y COMUNITARIA SEGUN RESOLUCIÓN 1220 DEL 08 DE JULIO DEL 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL."

LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD	UNIDAD FUNCIONAL	CENTRO DE COSTOS	%	VALOR
E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE EL CARMEN DE EL COLEGIO	SERVICIOS AMBULATORIOS-EXTRAMURALES- EBS	AMBULATORIOS-EXTRAMURALES	100%	\$3.000.000
TOTAL			100%	\$3.000.000

CONTRATO N°	N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	N° PRESUPUESTAL REGISTRO
263 DE 2025	493	538

Declaro bajo gravedad de juramento que los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social corresponden mínimo, al 40% del valor contrato mensual, celebrado con entidades públicas y privadas y la planilla presentada como soporte de esta cuenta se encuentra pagada, es decir a paz y salvo al Sistema de Seguridad Social.


LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA
C.C. 1032450697 DE BOGOTÁ, CUNDINAMARCA
CEL.3232899725

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO		Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES		SUB-F1
	PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN		V01-2024

INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS							
ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO							
INFORMACIÓN BÁSICA							
PERIODO DEL INFORME	26 DE JUNIO AL 25 DE JULIO DE 2025		CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS N°		263 DE 2025		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA		C.C. N°		1032450697		
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE EL COLEGIO EN EL AREA RURAL EN EL MARCO DE LAS NORMAS VIGENTES MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE EQUIPOS BASICOS EN SALUD EN EL CONTEXTOS DE LAS ACCIONES DE PROMOCIÓN MANTENIMIENTO DE LA SALUD Y LA ATENCIÓN INDIVIDUAL, FAMILIAR, COLECTIVA Y COMUNITARIA SEGUN RESOLUCION 1220 DEL 08 DE JULIO DEL 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.						
Informe No.	1		Fecha:		JULIO 2025		
Iniciación:	26/06/2025	Plazo Inicial:	3 MESES	Prorroga:		Fecha Final:	
Finalización:	25/09/2025						
REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO							
No DISPONIBILIDAD	VALOR		No REGISTRO PRESUPUESTAL		VALOR		
493	\$ 9.000.000		538		\$ 9.000.000		
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO							
Valor total Del Contrato	\$ 9.000.000		Valor Cobrado:		\$ 3.000.000		
			Valor Giros Efectuados:		0		
ADICIÓN PRORROGA							
Fecha de Inicio:			Fecha de Terminación:				
Valor Adición: \$							
% Ejecución del contrato	33,3%		%Ejecución Financiera		0%		
ACTIVIDADES					CUMPLE SI NO		

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO		Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES		SUB-F1
	PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN		V01-2024

1. Visitas domiciliarias familiares para: caracterización o actualización y seguimientos estableciendo el nivel de riesgo y avances de los integrantes de las familias, de acuerdo con la asignación de micro-territorios.	X	
2. Informar al 100% las familias visitadas en el entorno hogar, en el uso adecuado de elementos de higiene bucal e informar la importancia de asistir a la consulta odontológica mínimo dos veces al año, en todos los momentos de vida.	X	
3. Canalizar, orientar y direccionar al 100% de las personas, familias y comunidades visitadas, a la oferta de servicios sociales, de bienestar y salud disponibles en el territorio (de acuerdo al directorio realizado), con el fin de promover el derecho a la salud y garantizar la atención integral.	X	
4. Informar en el entorno hogar al 100% de las familias visitadas, sobre factores protectores en estilos de vida saludable y hábitos de actividad física.	X	
5. Caracterizar en el entorno hogar al 100% de las familias visitadas, sobre factores protectores en estilos de vida saludable y cumplimiento de recomendaciones de actividad física.	X	
6. Caracterizar y canalizar en el entorno hogar al 100% de hombres y mujeres mayores de 18 años, con riesgo de hipertensión aplicando la tabla de estratificación de riesgo cardiovascular de la OMS.	X	
7. Caracterizar y canalizar en el entorno hogar al 100% de hombres y mujeres mayores de 18 años con riesgo de diabetes aplicando el test Findriks.	X	
8. Caracterizar y canalizar en el entorno hogar el 100% mujeres mayores de 50 años que nunca o hace más de 2 años se hayan tomado mamografía, y brindar educación sobre la técnica del auto examen de seno en el entorno hogar, para promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud.	X	
9. Caracterizar y canalizar en el entorno hogar el 100% de las mujeres entre 24 y 29 años o menores con vida sexual activa que no tengan el esquema de citología cervico-uterina 1-3-3 (Acorde a la ruta de promoción y mantenimiento de la salud), y para tamizaje con ADN VPH esquema 1-5-5 y brindar educación sobre la importancia de la realización de la citología para promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud.	X	
10. Caracterizar y canalizar hombres mayores de 50 años para toma de antígenos prostáticos, de acuerdo con los factores de riesgo asociados a cáncer de próstata.	X	
11. Caracterizar e identificar y canalizar 100% de la población en las visitas domiciliaria los Riesgos asociados a Cáncer de Colon (hombres y Mujeres mayores de 50 años).	X	
12. Caracterizar mensualmente a las gestantes y puerperas del municipio que contribuya a la identificación del riesgo.	X	
13. Informar al 100% de las familias visitadas en el entorno hogar información acerca del reconocimiento de la gestante como grupo prioritario para acceso a servicios, atenciones y cuidado y acerca de los derechos de las gestantes a acceder a los servicios de salud ambulatorios y de urgencias sin barreras administrativas y sin importar su aseguramiento.	X	
14. Informar al 100% de las familias visitadas acerca de prácticas de higiene corporal de la gestante y el recién nacido, fortalecer la importancia del lavado de manos y uso de tapabocas en instituciones de salud para prevención de COVID-19 e infecciones respiratorias altas; acerca de los signos de alarma que pudieran requerir consulta por urgencias en las gestantes y sus recién nacidos, invitación a conformar redes comunitarias y familiares para establecer ruta de reacción ante la urgencia obstétrica y del recién nacido.	X	
15. Canalizar a intervenciones en salud sexual y salud reproductiva en los diferentes cursos de vida (adolescentes, jóvenes, adultos, adulto mayor).	X	
16. Canalizar a curso de preparación para la paternidad y maternidad a las familias gestantes.	X	
17. Realizar búsqueda, canalización de Sintomáticos Respiratorios (SR) mediante el diligenciamiento de encuestas para detección de SR, en contactos de pacientes identificados con Tuberculosis (especialmente en menores de 5 años) y en población vulnerable (albergues, centros promoción y protección social que prestan servicios a la persona mayor, víctimas del conflicto armado).	X	

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO		Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES		SUB-F1
	PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACIÓN		V01-2024

18. Revisar el carnet de vacunación, canalizar e informar al 100% de la población objeto del programa ampliado de inmunizaciones PAI, a los servicios de vacunación en el territorio.	X	
19. Caracterizar en el entorno hogar a través de la ficha AIEPI Comunitario, de la población de primera infancia censada en el territorio según base SISBEN o DANE y Canalizar teniendo en cuenta el riesgo detectado en la ficha AIEPI comunitario en los menores de 12 años - Y de acuerdo a captación de signos de alarma en la valoración integral.		
20. caracterizar e informar en el entorno hogar al 100% de la población vulnerable, acerca de deberes y derechos en salud. (habitante de calle, migrante, LGBTIQ+, Personas en situación de prostitución, indígenas, negros, afrodescendientes, raizales palenqueros, NARP, y Rom o gitanos, discapacidad, víctimas del conflicto armado, desmovilizados, reinsertados).	X	
21. Realizar Búsqueda Activa Comunitaria o apoyo a cercos epidemiológicos de las enfermedades de interés en salud pública especialmente apoyo a situaciones de pandemias, brotes.	X	
22. Apoyo en suministro de tratamientos a pacientes de Enfermedades de Interés en Salud Pública y las demás relacionadas.	X	
23. Orientar y brindar mensajes claves a los individuos y familias sobre lactancia materna (gestantes y lactantes), desparasitación y suplementación con micronutrientes (gestantes, primera infancia), signos clínicos de DNT aguda (menores de 5 años) para promover prácticas de cuidado para la salud.		
24. Referir inmediatamente a los servicios de salud (urgencias) a los menores con signos clínicos de DNT aguda moderada o severa, o con circunferencia de brazo menor 11,5cm y que no se encuentren en manejo de acuerdo a la Resolución 2350/20	X	
25. Apoyar las jornadas de salud, jornadas de vacunación y las jornadas para la prevención y control de las arbovirosis	X	
26. Responder por equipos biomédicos entregados para la correcta ejecución del contrato.	X	
27. Apoyar la notificación de eventos de interés en salud pública y realizar tamizaje de pruebas rápidas de acuerdo a las propiedades y necesidades en la población de los micro territorios asignados.	x	

PRODUCTOS ESPERADOS	PROGRAMADOS	REALIZADOS
Se dio cumplimiento a 26 actividades específicas descritas en el contrato.	27	27

OBSERVACIONES GENERALES			
Fecha Suspensión:		Fecha Reanudación:	
Yo DIANA JASMIN SANCHEZ-PULIDO en mi calidad de Coordinador (a) del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA, documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.			
Anexo planilla No. 88516452 del pago de seguridad social correspondiente al mes de JUNIO 2025			
FIRMA COORDINADOR AREA			

V01-2024

V°B° COORDINADOR DE AREA

Compensar operador de información certifica que procesó el pago realizado por:

Señor(a): LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA
No. Identificación: CC1032450697
Dirección: CLL 42 S SUR # 74 - 94
Teléfono: 2647952
Correo: leidicita-333@hotmail.com
Ciudad: BOGOTÁ, D.C.
Número de Planilla: 88516452

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

Nombre Aportante	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA
Tipo y número de identificación	CC1032450697
Número de planilla	88516452
Fecha pago	2025-07-29
Número de autorización pago	2012529
Banco	1083

Número de Empleados	1
Período de Cotización Salud	Junio de 2025
Período de Cotización Pensión	Junio de 2025
Número de Administradoras	
Total Pagado	471200
Total Intereses de Mora	2200

CODIGO ADMINISTRADORA	NOMBRE	TOTAL PAGADO	NÚMERO DE AFILIADOS
14-11	ARL SURA	34900	1
25-14	Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones	228800	1
CCF24	Compensar Caja de Compensación Filar	28700	1
EPS008	Compensar EPS	178800	1

TIPO DOC

CC

DOCUMENTO

1032450697

AFILIADOS Y NOMBRES

LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA

Cód. EPS	Cód. AFP	IBC SALUD	IBC PENSIÓN	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	COTIZACIÓN SALUD	VALOR UPC	COTIZACIÓN PENSIÓN	FONDO SOLIDARIDAD Y SUBSISTENCIA	COTIZACIÓN RIESGOS	APORTE CAJAS
EPS008	25-14	1423500	1423500	1423500	1423500	178000	0	227800	0	34700	28500

Medellín, 28 de julio de 2025

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN – ARL SURA

La Administradora de Riesgos Laborales, SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. NIT 890.903.790 - 5, certifica:

Que LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA identificado(a) con C.1032450697 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y esta en estado activo.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co/ validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10324506972520974025

Atentamente,



Dirección de Afiliaciones y Recaudos

DIAN POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA		Formulario del Registro Unico Tributario		001	
2. Concepto: 0 2 Actualización		4. Número de formulario: 14910122413			
5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 3 2 4 5 0 6 9 7 0		6. DV: 0		12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá	
24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida		25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía		27. Fecha expedición: 2 0 1 0 0 7 1 3	
28. País: COLOMBIA		29. Departamento: Bogotá D.C.		30. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C.	
31. Primer apellido: CUERVO		32. Segundo apellido: ACOSTA		33. Primer nombre: LEIDY	
34. Otros nombres: MILENA KATHERINE		35. Razón social:		37. Sigla:	
38. País: COLOMBIA		39. Departamento: Bogotá D.C.		40. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C.	
41. Dirección principal: CL 20 C 93 60		42. Correo electrónico: leidcita-333@hotmail.com		43. Código postal:	
44. Teléfono 1:		45. Teléfono 2:		46. 2 3 9 3 7	
47. 3 2 3 2 8 9 9 7 2 5		48. 4 6 2 3 9 3 7		49. 3 2 3 2 8 9 9 7 2 5	
Actividad económica		Ocupación		52. Número establecimientos	
46. Código: 8 2 9 9		47. Fecha inicio actividad: 2 0 2 2 0 1 1 4		48. Código: 7 2 2 0	
49. Fecha inicio actividad: 2 0 2 2 0 2 1 0		50. Código: 7 4 9 0		51. Código:	
Responsabilidades, Calidades y Atributos		53. Código: 4 9		49 - No responsable de IVA	
Obligados aduaneros		Exportadores		55. Forma	
54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10		56. Tipo:		57. Modo:	
11 12 13 14 15 16 17 18 19 20		58. CPC:		59. Anexos: SI NO	
60. No. de Folios: 0		61. Fecha: 2023-04-22 / 11:12:32		62. Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Unico Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación	
63. Para uso exclusivo de la DIAN		64. Firma autorizada:		65. Nombre: CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE	
66. Cargo: CONTRIBUYENTE		67. Fecha generación documento PDF: 22-04-2023 11:12:53AM		68. 2023-04-22 / 11:12:32	

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1032450697**, se encuentra afiliado/a desde **12/08/2014** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 28 de julio de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



**E.S.E Hospital Nuestra Señora del Carmen
De El Colegio Cundinamarca
NIT: 860.020.094-8**

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

La suscrita Carlos Alexander Giraldo Figueroa, en calidad de Profesional de Enfermería EBS #1 de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen del municipio de El Colegio - Cundinamarca, certifica que los señores integrantes de los Equipos Básicos de Salud han cumplido en su totalidad con las actividades contractuales correspondientes a la Entrega N°1, dentro del periodo estipulado del 26 de Julio del 2025 al 25 de Junio del 2025, alcanzando un 100% de cumplimiento en la ejecución, reporte y documentación de las acciones programadas según lineamientos establecidos.

Dicho cumplimiento incluye, entre otras actividades, caracterización comunitaria, valoraciones integrales en salud, educación individual, familiar y colectiva, canalización a servicios, documentación en plataformas institucionales y articulación con el equipo interdisciplinario, conforme a los objetivos de atención primaria en salud con enfoque territorial.

A continuación, se relacionan los perfiles que cumplieron con este compromiso Institucional:

PERFIL	NUMERO DE CONTRATO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA #1
Carlos Alexander Giraldo Figueroa	338-2025	100%
Mariy Daniela Coronado	265-2025	100%
Leidy Milena Cuervo	263-2025	100%
Diana López	266-2025	100%
Luisa Chávez	264-2025	100%
Lorena Pulido	271-2025	100%
Juan Camilo Quique	270-2025	100%
Jesús David Marino	267-2025	100%
Elizabeth Burgos	268-2025	100%

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado y para los fines que estime convenientes, en El Colegio, a los 25 días del mes de Julio de 2025.

Cordialmente,

Carlos Alexander Giraldo Figueroa
Enfermero profesional EBS #1
E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen del Colegio



☎ Celular: 3107823161

📍 Calle 6 N° 7-38/ Av. Medina N° 6-06

✉ Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co



DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

EL COLEGIO,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese

28/07/2025

Por medio de la presente hacemos constar que el señor **LEIDY MILENA KATHERINE GUERVO ACOSTA** con Cedula de Ciudadanía número **1032450697**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

008600775111

Fecha de apertura

06/12/2016

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA