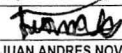
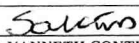
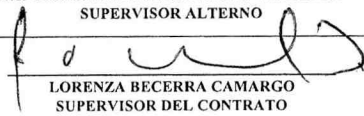
 SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO - GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN Y SUPERVISIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN		CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2025-06-09	
CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y			
JUAN ANDRES NOVA CONTRERAS			
CON C.C N°		1001299604	
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO TECNICO DE SISTEMAS PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR		
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	PS 6241 2025	FECHA INICIO CONTRATO	10/09/2025
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	\$ 1.947.247	No. HORAS EJECUTADAS	129
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	\$ 1.947.247	VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	\$ 1.780.716
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	VEINTE (20) DIAS		
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO		
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05		
II. 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)			
ITEM			
1	CARGUE PREDIOS A APLICATIVO		
2	ELABORACION Y AJUSTES DE TABLEROS DE CONTROL Y PRODUCTIVIDAD MENSUAL		
3	ELABORACION Y AJUSTE DE CONSOLIDADO PARA ARCHIVO DE ASIGNACION DE USUARIOS A PROFESIONALES		
4	CRUCE Y ESTANDARIZACION DE BASES PARA VALIDACION DE CARGUE DE USUARIOS A BASE DE ASIGNACIÓN DE PROFESIONALES		
5	CARGUE DE PREDIOS A PROFESIONALES EN APLICATIVO GITAPPS		
6	DISPONIBILIDAD SIVIGILA FIN DE SEMANA		
7	CARQUE DE EVENTOS A SIVIGILA 4.0		
8	REASIGNACION DE USUARIOS EN DRIVE DE ASIGNACION		
9	DERIVACIONES A PROFESIONALES EN APLICATIVO GTAPS		
10	CAPACITACIONES DE OPERATIVIDAD EN EL CARGO DE TECNICO EN SISTEMAS		
III. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS			
SE VERIFICA QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO EJECUTADO 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 (01/08/2025) AL (31/08/2025)			
IV. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL			
No. DE PLANILLA:	CERTIFICADOS	OPERADOR:	MI PLANILLA
CONCEPTO DEL PAGO	ENTIDAD	FECHA DE PAGO	VALOR PAGADO
SALUD:	COMPENSAR		
PENSIÓN:	COLPENSIONES		
RIESGOS LABORALES:	POSITIVA		
OTRO			
TOTAL PAGADO			\$ 0
V. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA			
1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro. 2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo 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 afiliacion a eps, arl, pension, 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.			
VI. ANEXOS (Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)			
Anexar evidencias fotograficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente			
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA		 JUAN ANDRES NOVA CONTRERAS CC No 1001299604	
FIRMA DE QUIEN VALIDA		 SANDRA YANNETH CONTRERAS PEÑALOSA SUPERVISOR ALTERNO	
FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:		 LORENZA BECERRA CAMARGO SUPERVISOR DEL CONTRATO	



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: 7
FECHA: 2025-06-09

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 30/09/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	JUAN ANDRES NOVA CONTRERAS	CC:	1001299604
CORREO ELECTRÓNICO:	jandes897@gmail.com	TELÉFONO:	3219327604
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 31 SUR 23 A 82	CIUDAD:	BOGOTA

Manifiesto bajo la gravedad del juramento

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:	BANCOLOMBIA	TIPO DE CUENTA:	AHORROS	Nº CUENTA:	15459231011

DATOS DEL PERIODO OBJETO DE PAGO

Nº DEL CONTRATO:	PS 6241 2025	VALOR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO	\$ 1.780.716
FECHA DE INICIO CONTRATO	10/09/2025	FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:	30/09/2025
PERIODO OBJETO DE COBRO:	10/09/2025 AL 30/09/2025		

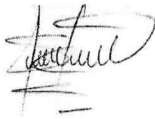

JUAN ANDRES NOVA CONTRERAS
C.C. 1001299604
Cel: 3219327604

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JUAN ANDRES NOVA CONTRERAS** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1001299604**, se encuentra afiliado/a desde **26/10/2023** 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 26 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.

LA GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
CERTIFICA QUE:

JUAN ANDRES NOVA CONTRERAS identificado con Cédula Ciudadanía 1001299604 registra la siguiente información en el ramo de Riesgos Laborales:

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE	
Nombre y/o Razón Social	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E
Tipo y Número de Documento	NIT 900959051
INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA	
Fecha de Inicio de Cobertura	2025/09/11
Estado de Afiliación	Activo
Tipo de Vinculación	Independiente
Fecha de Inicio del Contrato	2025/09/11
Fecha Fin del Contrato	2025/12/31
Código Actividad Económica Principal	3861001
Clase de Riesgo	3
Fecha de Retiro	2025/12/31

Esta certificación se expide a los 2025/09/11.

Recuerde que una vez cumplida la fecha fin del contrato, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato o prórroga deberá realizar la correspondiente novedad.

Cordialmente,

GERENCIA DE AFILIACIONES Y NOVEDADES
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.

Positiva Compañía de Seguros S.A.:

Nit. 860.011.153-6 | Línea Gratuita Nacional: (+57) 01-8000-111-170 - Teléfono: +57 (601) 330 7000

Defensor del Consumidor Financiero: Ana María Giraldo (Principal) - Pablo Valencia (Suplente) | defensordelcliente@positiva.gov.co | Carrera 10 #97A - 13, Oficina 502. Bogotá | +57 (601) 610 8164 | Lunes a Viernes 8:00 a. m. - 6:00 p. m. | El Defensor, resolverá las quejas o reclamos, actuará como Conciliador ante Positiva. Más información: <https://www.positiva.gov.co/web/guest/defensoria-del-consumidor>. Puedes interponer una queja ante Positiva, o el Defensor, o la SFC u otro organismo de autorregulación.

LA ASEGURADOR
DE TODOS LOS
COLOMBIANO

No. de Radicación

Fecha de Radicación
28 JUL 2025

28 JUL 2025

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite A. Afiliación ☐ B. Reporte de Novedades ☒	2. Tipo de Afiliación A. Individual: Cotizante o cabeza de familia ☒ Beneficiario o afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐	3. Régimen A. Contributivo ☒ B. Subsidiario ☐	4. Contribución solidaria SI ☐ No ☒	5. Tipo de afiliado: A. Cotizante ☒ B. Cabeza de familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐	6. Tipo de cotizante: A. Dependiente ☐ B. Independiente ☒ C. Pensionado ☐	7. Código (a registrar por la EPS) 59
---	--	--	--	---	--	--

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres Nana Contreras	9. Tipo de documento de identidad CC	10. Número de documento de identidad 1001299604	11. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	12. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál? ☐	13. Nacionalidad Colombiana	14. Lugar de nacimiento Cundinamarca Bogotá D.C.	15. Fecha de nacimiento 09/11/2003
--	---	--	--	--	--------------------------------	---	---------------------------------------

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia Ninguna	17. Comunidad Ninguna	18. Discapacidad SI ☐ No ☒ Categoría de discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN SI ☐ No ☒	20. Clasificación SISBÉN Nivel ☐ Grupo ☐	21. Grupo de población especial	22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL Positiva (según el 2020)	23. Administradora de Pensiones Colpension	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria	26. Residencia Cil 31 Sur #23 A-27					
27. Apellidos y nombres Nana Contreras		28. Tipo de documento de identidad CC		29. Número de documento de identidad 79891461		30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒		31. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál? ☐		32. Nacionalidad Colombiana		33. Lugar de nacimiento Cundinamarca Bogotá D.C.		34. Fecha de nacimiento 15/11/1976	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres Nana Contreras	28. Tipo de documento de identidad CC	29. Número de documento de identidad 79891461	30. Sexo biológico Femenino ☐ Masculino ☒	31. Sexo identificación F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál? ☐	32. Nacionalidad Colombiana	33. Lugar de nacimiento Cundinamarca Bogotá D.C.	34. Fecha de nacimiento 15/11/1976
---	--	--	--	--	--------------------------------	---	---------------------------------------

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

25. Apellidos y nombres																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
B1		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre				Segundo Nombre																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
B2		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre				Segundo Nombre																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
B3		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre				Segundo Nombre																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
B4		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre				Segundo Nombre																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
B5		Primer Apellido		Segundo Apellido		Primer Nombre				Segundo Nombre																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
36. Tipo de documento de identidad		37. No. del documento de identidad		38. Nacionalidad		39. Sexo biológico		40. Sexo identificación				41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
						Femenino Masculino		F	M	T	NB	Otro	Cual?	País				Departamento	Municipio																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
B1								F	M	T	NB	Otro	Cual?																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																															

Datos complementarios del Beneficiario

43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN SI NO	48. Clasificación SISBÉN Nivel Grupo	49. Discapacidad SI NO Categoría de discapacidad	50. Incapacidad permanente SI NO
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

51. Datos de residencia Departamento Municipio/Distrito Cabeza Municipal Centro Poblado Rural disperso Rural Rural	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1	
B2	
B3	
B4	
B5	

Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1		
B2		

la registrar por la EPS

1033

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (la registrar por la EPS)
59. Ubicación	60. Tipo de novedad	61. Fecha de inscripción	62. Fecha de inscripción

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad	61. Tipo de Novedad	62. Tipo de Novedad
☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.	☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.	☐ 15. Traslado
☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.	☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.	☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
☐ 3. Actualización del documento de identificación.	☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	☐ 17. Reporte del trámite de protección al cotizante.
☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.	☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	☐ 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.
☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código	☒ 14. Movilidad: ☒ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado	☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código		☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.
☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.		
☐ 9. Inicio de la relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.		

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación	62. Datos básicos de identificación	63. Datos básicos de identificación	64. Datos básicos de identificación
65. Fecha de nacimiento	66. Fecha de nacimiento	67. Fecha de nacimiento	68. Fecha de nacimiento
69. Fecha de nacimiento	70. Fecha de nacimiento	71. Fecha de nacimiento	72. Fecha de nacimiento

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

73. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.	74. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
75. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
76. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
77. Declaración de no información del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisben vigente.
78. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	
79. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria	80. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria
81. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria	82. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio
--	---

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	83. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	84. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	85. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 760 de 2016.
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	86. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	87. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la Institución
94. Apellidos y nombres	95. Firma del funcionario
96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación

OBSERVACIONES:

Aportante: No Paga Aporte.
Cotizante: Planilla

28 JUL 2025
Cod. 817 Diana Milena Castro Quiroz
Sello asesor

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario

Certificación Bancaria

Miércoles, 16 de julio de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que JUAN ANDRES NOVA CONTRERAS identificado(a) con CC 1001299604, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	15459231011	2023-10-27	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números:
Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05
Resto del país: 01800 09 12345. Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

 **Bancolombia**

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospchoso@bancolombia.com.co

