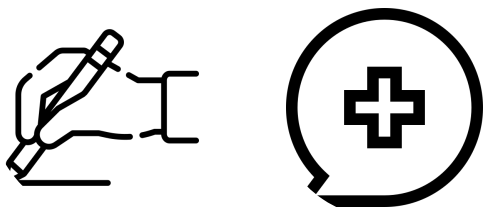
VER INFORME DE ACTIVIDAD



Regresar

DATOS DEL INFORME				
Periodo a Certificar:	**Desde:**	2025-09-01	**Hasta:**	2025-09-30
Nombre del Contratista:	HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ		**Número de Documento:**	1033680809
Correo Electrónico:	heydi.sierra11172022@gmail.com		**Número telefónico:**	3132766905
Nombre del supervisor:	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	**Cargo:**	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	5632-2025	**Año Contrato:**	2025	**CDP Contrato Inicial:**	812
Perfil:	PROMOTOR DE BIENESTAR ESTUDIANTIL				
Dirección a la que Pertenece:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	USS CANDELARIA LA NUEVA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

Centro de Costos	Rubro Presupuestal	Unidad	Total	Procetaje(%) Centro de Costos	Acciones
V07VAN613	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	USS CANDELARIA LA NUEVA	2733731	100.0%	
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	**2733731**	**DOS MILLONES SETECIENTOS TREINTA Y TRES MIL SETECIENTOS TREINTA Y UNPESOS**			

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

Fecha de Inicio del Contrato	2025-05-06	**Fecha de Terminación Inicial del Contrato**	2025-07-04

No. Prorroga	**Fecha Inicio**	**Fecha Terminación**	**No. Adición**	**Valor Adición**	**CDP**
1	2025-07-01	2025-09-30	1	5649666	1075
2	2025-09-27	2025-10-14	2	1110000	1075

No. Cuenta Según el Mes Certificado	**Mes Cuenta de Cobro**	**Valor a Pagar**
1	MAYO	2278100
2	JUNIO	1822480
3	JULIO	1549108

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
5467462	**12227128**	**5649688**	**6577440**

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	ACCIONES
1	. Realizar el seguimiento de casos identificados en la IED asignada, relacionados con evidencia de un brote epidemiológico, bajo las directrices establecidas por la institución. Este seguimiento se llevará a cabo en articulación con el equipo ERI de la Subred, garantizando la implementación de acciones oportunas y coordinadas según los lineamientos técnicos y normativos.	---durante el mes de septiembre no se han realizado reportes por brotes epidemiológicos	--no hay evidencia para esta actividad	
2	Ejecutar de manera inmediata el protocolo establecido por la IED para el manejo inicial de brotes epidemiológicos, siguiendo las recomendaciones del grupo ERI de la Subred. En el caso de estudiantes de primera infancia, actuar con carácter prioritario frente a enfermedades como IRA, ERA, EDA, varicela, sarampión, pediculosis, gastroenteritis, entre otras condiciones que puedan presentarse en el contexto escolar, garantizando una respuesta adecuada y oportuna.	---no se han realizado reportes por brotes epidemiológicos durante el mes de septiembre, de igual manera se siguen los protocolos cuando se evidencian síntomas asociados a enfermedades IRA, ERA, EDA, ETC	---no hay evidencia para esta actividad	
3	Desarrollar (2) acciones pedagógicas con la comunidad educativa, incluyendo estudiantes, docentes y personal administrativo, enfocadas en la prevención de enfermedades transmisibles en las sedes de la IED asignada. Estas actividades se realizarán conforme a los acuerdos establecidos con el/la rector(a) o la directiva docente delegada de la institución educativa oficial del Distrito, garantizando una efectiva sensibilización y cumplimiento de los objetivos preventivos.	---para el mes de septiembre se realizan juegos, dibujos, se proyectan videos, como medio de prevención de enfermedades como la hepatitis , se realizan 2 actividades diarias en las IED asignadas	-Fotografías	
4	Brindar apoyo en la atención y manejo de situaciones críticas que demanden la intervención del equipo de la Oficina para la Convivencia Escolar (OCE) de la SED, asegurando una colaboración eficaz en la implementación de las acciones necesarias para resolver dichas situaciones conforme a los lineamientos establecidos.	--para el mes de septiembre no se realizan ningún reporte a la oficina de convivencia escolar, de igual manera como promotora de bienestar estudiantil estaré atenta para apoyar en los casos requeridos	---no hay evidencia para esta actividad	
5	Desarrollar (4) acciones pedagógicas para promover estilos de vida saludables en las sedes de la IED asignada, de acuerdo con los lineamientos específicos de la DBE, abordando temas como alimentación saludable, actividad física, prevención de accidentalidad escolar y movilidad segura. Asimismo, implementar las estrategias, acciones y proyectos de la Estrategia de Promoción del Bienestar, en coordinación con el/la rector(a) o la directiva docente delegada de la institución educativa oficial	--para el mes de septiembre se realizan actividades diarias de estilos de vida saludable con los temas de movilidad segura, alimentación saludable, prevención de accidentes, actividad física, dónde los temas han sido desarrollados bajo las guías que se encuentran en la bitácora de promotoras por medio de juegos, videos, actividades lúdicas, dibujos etc.	-fotografías	
6	Brindar apoyo en la realización de las campañas acordadas con la Secretaría Distrital de Salud (SDS) en la IED asignada, incluyendo actividades como tamizajes de peso y talla, jornadas de vacunación, promoción de la salud bucodental y aquellas campañas específicas definidas según prioridades de salud pública. Garantizar la adecuada coordinación y participación en dichas iniciativas para contribuir al bienestar de la comunidad educativa.	--para el mes de septiembre no se realizan ningún apoyo de campañas en las IED asignadas de igual manera como promotora de bienestar estudiantil estaré atenta para apoyar en los casos requeridos	-no hay evidencia para esta actividad	
7	Brindar apoyo a los comités de riesgo escolares, movilidad escolar, alimentación, tiendas y convivencia escolares, asegurando una participación activa y colaborativa en las reuniones y actividades cuando estos sean convocados, contribuyendo al desarrollo y cumplimiento de sus objetivos.	para el mes de septiembre no se asiste a ningún comité de igual manera como promotora de bienestar estudiantil estaré atenta para asistir cuando sean programados los comités	no hay evidencia para esta actividad	
8	Apoyar al Comité Institucional para la Gestión Integral del Riesgo Escolar y a la brigada escolar institucional en el proceso de actualización de los Planes de Gestión Integral del Riesgo Escolar (PGIRE), asegurando la incorporación de medidas actualizadas y el cumplimiento de los lineamientos técnicos establecidos.	para el mes de septiembre no se asiste a ningún comité de igual manera como promotora de bienestar estudiantil estaré atenta para asistir cuando sean programados los comités	no hay evidencia para esta actividad "	
9	Prestar apoyo al primer respondiente en la atención de accidentes escolares, conforme a lo estipulado en el artículo 131 del Código Penal Colombiano y de acuerdo con la ruta de manejo de accidentes escolares definida por la SED, trabajando en coordinación y colaboración con el primer respondiente de la institución educativa oficial del Distrito.	para el mes de septiembre no se han presentado ningún accidente escolar en la IED asignadas durante los acompañamientos.	no hay evidencia para esta actividad	

	OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA	ACCIONES
10	Realizar un reporte diario que documente cinco (5) actividades desarrolladas en la IED relacionadas con el fomento de estilos de vida saludables y la promoción en salud, garantizando que la información sea precisa, completa y cumpla con los lineamientos establecidos.	--se realiza reporte diario de 4 actividades de estilos de vida saludable y promoción en salud por medio de fotografías y pantallazo el reporte en el edusitio	-Drive	
11	Hacer uso semanal de los aplicativos herramienta pedagógica proporcionada por la SED y realizar el correspondiente reporte, asegurando la correcta implementación y registro de las actividades desarrolladas, conforme a los lineamientos establecidos.	se realiza reporte diario de las actividades realizan en las IED a la SED (edusitio)	---pantallazo del reporte en el drive	
12	Elaborar y presentar informes mensuales detallados sobre las actividades realizadas en el marco del objeto contractual, incluyendo evidencias documentales que respalden su ejecución. Dichos informes deberán ajustarse las matrices o esquemas establecidos para este propósito, cumpliendo con los lineamientos técnicos y tiempos definidos.	---se elabora informe mensual de las actividades de estilos de vida saludable y promoción en salud, proyecto rural, y acciones significativas realizadas	-Drive	
13	Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	--se desarrollan actividades significativas en los entornos escolares donde por medio de juegos, videos ellos refieren sobre lo aprendido en las diferentes intervenciones.	---videos y fotografías en drive de la SED	

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	0
AÑO	**MES**	**AÑO**	**MES**	**DÍA**	89134703	-		
2025	**AGOSTO**	**2025**	**10**	**03**				

Valor honorarios certificados el mes anterior en letras	CEROPESOS

Item		Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado	NO	ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES COLPENSIONES	1423500	68328	232100
Salud		COMPENSAR		53381	181400
ARL	3	SURA		10403	35400
Caja de Compensación	NO		**Total**	**132112**	448900
Tipo de pago		MES VENCIDO	1760638354 - Planilla Seguridad Social - 1033680809		

INFORMACIÓN DE PAGO

Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.	Tipo de Cuenta	AHORROS	Número de Cuenta	0550488455552536

Editar Cuenta de Cobro

Copyright ©2025 Subred Integrada de Servicios de Salud Sur

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033680809	HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ	CALLE 67 A SUR # 7 - 04	7685959	mimaye1516@hotmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	89958464	$443.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	11	1.200	0	179.200	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	11	1.600	0	229.400	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	11	300	35.000			347	35.000	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	11	0	0	0
ICBF				
0	11	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	179.200
Pensión	1	227.800	229.400
Riesgos Laborales	1	34.700	35.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	443.600

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033680809	HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ		CALLE 67 A SUR # 7 - 04	7685959	mimaye1516@hotmail.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	
2025-09	2025-09	I	14/10/2025	89958464	$443.600	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																			PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033680809	SIERRA VELASQUEZ HEYDI MARYERLI	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información


Búsqueda
Mis procesos
Menú
Ir a
Escritorio ** Menú ** Administración de contratos ** Ver contrato
1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos
Datos guardados
Cancelar
VER CONTRATO
Evaluación de la Entidad Estatal
Ejecución del Contrato
Porcentaje
Recepción de artículos
Plan de Pagos
¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?
Sí
No
Id de pago
Número de factura
Fecha de emisión
Fecha de recepción
Valor total de la factura
Estado
No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados
Crear
Documentos de ejecución del contrato
Descripción
Nombre del archivo
Cargado por
ARL SURA 1033680809 CTO 5632-2025.pdf
ARL SURA 1033680809 CTO 5632-2025.pdf
Comprador
Descargar
Detalle
CUENTA COBRO MAYO CTO 5632-2025.pdf
CUENTA COBRO MAYO CTO 5632-2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CTA COBRO JUNIO CTO 5632-2025.pdf
CTA COBRO JUNIO CTO 5632-2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CTA COBRO JULIO CTO 5632-2025.pdf
CTA COBRO JULIO CTO 5632-2025.pdf
Proveedor
Descargar
Detalle
CTA COBRO AGOSTO CTO 5632-2025.pdf.crdownload
CTA COBRO AGOSTO CTO 5632-2025.pdf.crdownload
Proveedor
Descargar
Detalle
Borrar
Cargar nuevo
Cancelar
Evaluación de la Entidad Estatal

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1033680809	HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ	CALLE 67 A SUR # 7 - 04	7685959	mimaye1516@hotmail.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	CANTIDAD UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-08	2025-08	I	03/10/2025	89134703	$448.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	178.000	0		0		0	30	3.400	0	181.400	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
25-14	Colpensiones	900336004-7	227.800	0	0	0	0	30	4.300	0	232.100	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										
14-11	ARL SURA	890903790-5	34.700				34.700	30	700	35.400			347	35.400	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	30	0	0	0
ICBF				
0	30	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	181.400
Pensión	1	227.800	232.100
Riesgos Laborales	1	34.700	35.400
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	440.500	448.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1033680809	HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ		CALLE 67 A SUR # 7 - 04	7685959	mimaye1516@hotmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**
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	
2025-08	2025-08	I	03/10/2025	89134703	$448.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1033680809	SIERRA VELASQUEZ HEYDI MARYERLI	59	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS008	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	3	34.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

BOGOTA, D.C., **27/09/2025**
BOGOTA, D.C.,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora HEYDI MARYERLI SIERRA VELASQUEZ** con **Cédula de Ciudadanía** número **1033680809**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**05504884555525 36**
Fecha de apertura	**27/09/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA