| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | NANCY TRUJILLO MOSQUERA | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 30348555 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | mona1202@hotmail.es | | | | CELULAR: | 3124908477 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA COVID USS OCCIDENTE DE KENNEDY | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | | | |
| | KE10I06-1 | 80 | KE10I20 | 10 | KE10I09 | 10 | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCOLOMBIA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 20325679319 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 2860 | | | VIGENCIA | | 2025 | |
| NÚMERO DE CDP | 2169 | FECHA | 2025-11-05 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 48794 | FECHA | 2025-11-10 00:00:00.000 |
| OBJETO DEL CONTRATO: | TERAPEUTA RESPIRATORIA | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | |
| | | | 2025-10-01 | | 2025-10-31 | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | $5,568,610 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Asistencial | | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $36,815,832 |
| VALOR EJECUTADO | $36,815,832 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $5,568,610 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 8389998554 | $1,534,738 | $191,842 | $245,558 | 3 | $37,386 | $474,787 |

Dado en Bogotá a los treinta y un(31) días del mes de Octubre de 2025. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia certificada Subred Suroccidente

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS

ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

| OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|
| Realizar los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Realizo los procedimientos, actividades e intervenciones diagnósticas y terapéuticas para el manejo de patologías establecidas dentro del plan integral de atención de cada paciente. | Respuesta de interconsultas y atenciones derivadas de la solicitud de procedimientos ordenados por el medico y servicio tratante |
| Ejecución del plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio | Ejecuto el plan individual de habilitación/rehabilitación, relacionadas con las actividades individuales y/o grupales definidas para el usuario ambulatorio u hospitalizado y de acuerdo a las características del servicio | Después de valoración inicial se registra recomendaciones y/o el plan de manejo individual hospitalario del paciente de acuerdo a su patología en la historia clínica. |
| Cumplir con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | Cumplo con las exigencias legales y éticas para el adecuado manejo de los registros clínicos de los pacientes | Se realiza de forma cronológica y evolutiva la historia clínica del paciente de acuerdo a los formatos establecidos en el sistema Dinámica Gerencial |
| Participación en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | Participo en las actividades de revista, análisis de casos clínicos con el fin de evaluar y en caso de ser necesario ajustar el plan individual de habilitación/rehabilitación del usuario ambulatorio u hospitalizado | Se deja registro en formato de censo, revisión de ordenes e interconsultas de pacientes nuevos y de las acciones tomadas en la revista medica o recomendaciones médicas y los ajustes entregados al plan de intervención terapéutica |
| Informar al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso | Informo al usuario, su familia o cuidador las actividades que debe seguir, al inicio de su proceso de habilitación/rehabilitación y posterior a la ejecución del plan de intervención o su egreso | Se registra en la historia clínica la información al paciente y/o cuidador relacionado con la patología del paciente, educación y plan casero |
| Llevar registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Llevo el registro de la atención de las actividades e intervenciones, así como mantener actualizados los informes estadísticos definidos por la Subred y todos aquellos registros necesarios para el cumplimiento de los procesos de costos y facturación | Registro en censos de entrega y recibo de pacientes actualizando los mismos en cada una de las actividades desarrolladas o pendiente durante el tiempo de estancia en la institución |
| Participar en la programación de las actividades de la Subred. | Participo en la programación de las actividades de la Subred. | Entrego registro fotográfico de la participación en el Encuentro de aprendizaje Continuo mes de octubre (pantallazo con evidencia del nombre del colaborador y fecha del encuentro) |
| Reportar los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | Reporto los eventos de notificación obligatoria con la oportunidad establecida en la normatividad vigente. | No aplica |
| Notificar las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Notifico las fallas de calidad que se presenten en el servicio, participar en los análisis a los que sea convocado e implementar las acciones de mejora definidas para el servicio. | Reporte de eventos de seguridad presentados durante la atención de los pacientes. |
| Impartir instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Entrego instrucciones al personal relacionado con el manejo de los pacientes. | Realizo apoyo con el personal interdisciplinario reportando las recomendaciones y cuidados que por su patología requiera el paciente |
| Diligenciar en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligencio en forma adecuada los formatos o instrumentos propios de su actuar con criterios de legibilidad, oportunidad e integralidad. | Diligenciamiento completo de censos de acuerdo a los formatos y encabezados normalizados , firmas de quien entrega y recibe el servicio, realizo diligenciamiento de las historias clínicas en Dinámica |
| Realizar las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Realizo las intervenciones al usuario acorde con sus responsabilidades dentro del servicio. | Socialización a los pacientes los deberes y derechos a los cuales son objeto dentro de la Subred Sur Occidente ESE |
| Informar al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Informo al paciente y su familia sobre su condición, plan de manejo y atención. | Información al paciente y/o cuidador sobre las pautas de cuidado de la patología y diligenciamiento de las mismas en la Historia clínica del paciente. |
| Participación en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Participo en la actualización e implementación de guías de manejo, protocolos y procedimientos requeridos en el servicio | Realizo aportes en el proceso de creación, actualización y/o socialización de guías, protocolos y procedimientos que me sean asignados por la Referencia de Rehabilitación. |

Copia Controlada Subred Sur Occidente

| | | |
|---|---|---|
| Informar las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. | Informo las dificultades surgidas en el desarrollo del proceso de habilitación/ rehabilitación del usuario, así como los insumos, materiales y equipos necesarios para el desarrollo de las actividades. | Registro de informe de novedades de equipos biomédicos en aplicativo Almera. Uso de mesa de ayuda para apoyo con tecnologías y otros. Registro de eventos de seguridad por Falta de Insumos, fallas en los procesos de atención |
| Registrar las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Registro las actividades realizadas, de acuerdo con el sistema de información del servicio, para consolidar la producción mensual del área. | Diligenciamiento adecuado de Historia Clínica Registro de atenciones e ingresos Diarios |
| Participación en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | Participo en investigación que permitan conocer y plantear nuevas alternativas de diagnóstico e intervención de los usuarios. | No aplica |
| Realizar supervisión de los contratos para los que sea designado. | No aplica | No aplica |
| Apoyar el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | Apoyo el cumplimiento de las normas del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad según requerimientos de la Subred Sur Occidente. | Atención a visitas de habilitación a los servicios y dar alcance de acuerdo a los procesos establecidos en rehabilitación |
| Elaborar informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Elaboro informe mensual sobre el desarrollo y avance de sus actividades y entregarlas al supervisor del contrato para la certificación de cumplimiento del contrato. | Entrega de informe de actividades del servicio todos los 5 primeros días del mes, de acuerdo al servicio de atención a la Referencia de Rehabilitación para la consolidación en el sistema de información. Diligenciamiento del censo de registro diario de procedimientos. |
| Responder por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Respondo por los elementos entregados para el desempeño de las actividades asignadas y entregarlos a la persona encargada en caso de terminación del contrato. | Revisión de inventarios y equipos biomédicos del servicio durante el desarrollo de las actividades y durante la entrega de turno |
| Participar en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Participo en las jornadas de capacitación, inducción, equipos de mejoramiento de acreditación, reuniones y eventos a los cuales sea convocado. | Entrego pantallazo de la participación del Encuentro de Aprendizaje Continuo mes de octubre |
| Conocer y dar cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Conozco y doy cumplimiento a los procedimientos establecidos por la Subred, además de apoyar la implementación de los mismos. | Cumplimiento de las actividades contractuales de acuerdo a lo establecido en este contrato al supervisor del mismo |
| Entregar la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Entrego la constancia de afiliación y el pago al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales mensualmente. | Entrego Soporte de pago de Seguridad Social mes de septiembre |
| Realizar las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Realizo las demás actividades que le sean asignadas acordes con el objeto del contrato. | Recibir la asignación de servicios o cambios de sede de acuerdo a las necesidades de los servicios de rehabilitación |

CLAUDIA ADRIANA PENAGOS NOVOA
52055407
Supervisor

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Sur Occidente

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

**Señor(a):** NANCY TRUJILLO MOSQUERA
**No. Identificación:** CC30348555
**Dirección:** CARRERA 111 C # 88 15 APTO 302 INT 15
**Telefono:** 8073695
**Correo:** MONA1202@HOTMAIL.ES
**Ciudad:** BOGOTÁ, D.C.
**Número de Planilla:** 8389998554

CITE EL NÚMERO DE PLANILLA PARA CUALQUIER CONSULTA DE PAGO

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Nombre Aportante** | NANCY TRUJILLO MOSQUERA | **Número de Empleados** | 1 |
| **Tipo y número de identificación** | CC30348555 | **Periodo de Cotización Salud** | septiembre de 2025 |
| **Número de planilla** | 8389998554 | **Periodo de Cotización Pensión** | septiembre de 2025 |
| **Fecha pago** | 2025-10-14 | **Número de Administradoras** | 3 |
| **Número de autorización pago** | 89998554 | **Total Pagado** | 475300 |
| **Banco** | 1052 | **Total Intereses de Mora** | 0 |

PAGADA

| CÓDIGO ADMINISTRADORA | NOMBRE | TOTAL PAGADO | NÚMERO DE AFILIADOS |
|---|---|---|---|
| 14-11 | ARL SURA | 37500 | 1 |
| 25-14 | Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | 245800 | 1 |
| EPS008 | Compensar EPS | 192000 | 1 |

8389998554

TIPO DOC.: CC
NO. DOCUMENTO: 30348555
APELLIDOS Y NOMBRES: NANCY TRUJILLO MOSQUERA

| 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 | 1536000 | 1536000 | 1536000 | 0 | 192000 | 0 | 245800 | 0 | 37500 | 0 |

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

Medellín, 21 de octubre 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 NANCY TRUJILLO MOSQUERA identificado(a) con C30348555 se encuentra afiliado(a) a Riesgos Laborales y está 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:C303485552529465790

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.11

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 30348555 | TRUJILLO | MOSQUERA | NANCY | | 2017-11 | CRUZ BLANCA E.P.S | COTIZANTE |
| CC | 30348555 | TRUJILLO | MOSQUERA | NANCY | | 2025-08 | EPS COMPENSAR | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| EPS COMPENSAR | 08/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2025 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 05/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 04/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 03/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 02/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 01/2024 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 12/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 11/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 10/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 09/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 08/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 07/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| EPS COMPENSAR | 06/2023 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

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

< Evaluación de la Entidad Estatal >

VER CONTRATO

## 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 | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | 30348555 febrero 2025.pdf | 30348555 febrero 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 30348555 MARZO 2025.pdf | 30348555 MARZO 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 30348555 abril 2025.pdf | 30348555 abril 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 303485555 mayo 2025.pdf | 303485555 mayo 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3034855 5 junio 2025.pdf | 30348555 junio 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3034855 5 julio 2025.pdf | 30348555 julio 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3034855 5 agosto 2025.pdf | 30348555 agosto 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | 3034855 5 septiembre 2025.pdf | 30348555 septiembre 2025.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Sur Occidente E.S.E.

wUCf4YDtwX

# La Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

## Certifica que:

NANCY TRUJILLO MOSQUERA

## Identificado con:

## Participó y aprobó

**El Curso virtual de Reinducción Institucional Subred Suroccidente - OPS 2025 con una Intensidad de 4 Horas.**

Lorena Colmenares G.

**Yeimy Lorena Colmenares González**
**Director Operativo – Dirección de Gestión del Talento Humano**

4 de October de 2025

**"Subred Sur Occidente, una gran familia a tu servicio"**

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD
BOGOTÁ

Validez 2 años

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**NANCY TRUJILLO MOSQUERA**

**C.C 30.348.555 DE LA DORADA - CALDAS**

La suma de $ 5.568.610 (Cinco millones quinientos sesenta y ocho mil seiscientos diez pesos M/C), por concepto de: Prestar servicios Profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de rehabilitación, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional como Terapeuta Respiratoria en el Hospital Occidente de Kennedy en el área de Hospitalización.

De acuerdo con el requerimiento institucional durante el periodo de 01 al 31 de octubre de 2025 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios N° 2860 – 2025.



**NANCY TRUJILLO MOSQUERA**

**C.C 30.348.555 DE LA DORADA – CALDAS**

**CELULAR 3124908477**

**CUENTA DE AHORROS # 20325679319**

**BANCO BANCOLOMBIA**