

2025

10 29

5,970,000

LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ

CINCO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA MIL

CPS-328

Sistemas CitiSalud SAS



E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN MESITAS DEL COLEGIO
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
Nit: 860020094

COMPROBANTE DE EGRESO NO: 35438

DETALLE DE LA CAUSACION

Num Doc	Descripción	Prefijo	Fecha	ValorTotal
39022	SERV PROFESIONAL ENFERMERIA RESOLUCION 1220-2024 SEPT - OCT 2025	OCT - 10	29/10/2025 00:00:00	6,000,000
Total:				6,000,000

DETALLE RETENCIONES

Concepto	DesConcepto	Base Retención	%	Valor
1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000	6000000		30,000
Total:				30,000

DETALLE CONTABILIDAD

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11321023	DAVIVIENDA CTA 4759-0010-4468 RES. 1220 EQUIPOS MEDICOS 2024	0	5,970,000
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS	5,970,000	0
Total:		5,970,000	5,970,000

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	Contrato	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
2149	2416	328	571	300	2.4.5.02.09.04	CONVENIO - EQUIPOS MEDICOS	6,000,000
Total:							6,000,000

DETALLE DEL EGRESO

PAGO CO#328 EBS OCTUBRE 2025

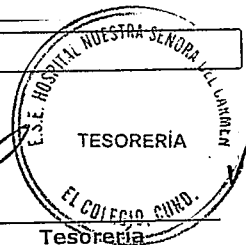


Preparado

Revisado

Aprobado

Tesorería



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 : 39022

Fecha : 29/10/2025

Tercero : 1077452846

RIVAS SANCHEZ LEIDY CRISTINA

Autorretenedor : No

Factura : 10

Regimen : Común

Disponibilidad :91 - 571

Contribuyente : No

Fecha : 29/10/2025 4:23:54

Prefijo : OCT

Reserva : 2416

I. C . A : ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL p. m.

Retencion :

Descripcion : SERV PROFESIONAL ENFERMERIA RESOLUCION 1220-2024 SEPT - OCT
2025

Descuento :

CONCEPTOS

Codigo	Descripción	Valor
582	73130201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - PYP	6,000,000.00
1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000	30,000.00
65	24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS	5,970,000.00

DETALLE CONTABLE

Cuenta	C Costo	UFuncional	Lugar	Nit	Debito	Credito
73130201	010101	01	01	1077452846	6,000,000.00	.00
24362707				1077452846	.00	30,000.00
24905501				1077452846	.00	5,970,000.00

USUARIO

EDISSON RESTREPO MOLINA

**DAVIVIENDA**

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN
Nombre Proceso	PAGO EBS
Fecha Pago	29/10/2025
Hora Pago	17:56

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1077452846	Referencia	0000000000000000
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX3069	Banco	BBVA
Valor	\$ 5.970.000,00	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

N° DEL CONTRATO	328
CONTRATISTA	LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ
IDENTIFICACION:	1.077.452.846
FECHA DE SUSCRIPCION:	20/06/2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DEL COLEGIO AREA URBANA 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:	\$ 18.000.000
PLAZO INICIAL:	3 MESES
FECHA DE INICIO:	21/07/2025
FECHA DE TERMINACION INICIAL:	20/10/2025
TIEMPO DE PRORROGA	
ADICION EN VALOR	
FECHA TERMINACION:	

MES PAGADO	FECHA DE PAGO:
SEPTIEMBRE	14 oct 25

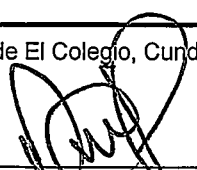
Certificación de pago seguridad social y parafiscales	FECHA DE CERTIFICACION:
El coordinador del área CERTIFICA que el Contratista dio cumplimiento al objeto contractual de acuerdo al informe de pago actividades adjunto, durante el periodo correspondiente al mes de SEPTIEMBRE-OCTUBRE	

Que en razon a dicha ejecucion, el valor correspondiente a pagar es de **SEIS MILLONES DE PESOS**
\$ (6,000,000)

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 OCTUBRE 2025


DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA
SUPERVISOR

Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co

CUENTA DE COBRO No. 03
LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EL COLEGIO CUNDINAMARCA

DEBE A:
LEIDYCRISTINA RIVAS SANCHEZ
C.C. 1.077.452.846 DE QUIBDO, CHOCO

LA SUMA DE SEIS MILLONES DE PESOS M/C (\$6.000.000)

SEGUN OBJETO DEL CONTRATO PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DEL COLEGIO AREA URBANA 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.

LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD	UNIDAD FUNCIONAL	CENTRO DE COSTOS	%	VALOR
ESE NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO CUNDINAMARCA	SERVICIOS AMBULATORIOS EXTRAMURALES	AMBULATORIOS EXTRAMURALES	100%	\$ 6.000.000
TOTAL			100%	\$ 6.000.000

CONTRATO N°	N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	N° PRESUPUESTAL REGISTRO
328-2025	572	571

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 publicas 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 Cristina Rivas Sanchez
LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ
C.C. 1.077.452.846 DE QUIBDO, CHOCO
CEL. 3145422945

	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	SEPTIEMBRE-OCTUBRE		CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.		328-2025		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	Leidy Cristina Rivas Sanchez			C.C. No.	1.077.452.846		
OBJETO	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DEL COLEGIO AREA URBANA 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						
Informe No.	03		Fecha		OCTUBRE 2025		
Iniciación	21 julio de 2025	Plazo Inicial	3 meses	Prorroga	Fecha Final		
Finalización	20 de octubre de 2025						
REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO							
No DISPONIBILIDAD	VALOR		No REGISTRO PRESUPUESTAL		VALOR		
572	18.000.000		571		18.000.000		
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO							
Valor total Del Contrato	18.000.000		Valor Cobrado		6.000.000		
			Valor Giros Efectuados		12.000.000		
ADICIÓN PRORROGA							
Fecha de Inicio				Fecha de Terminación			
Valor Adición							
% Ejecución del contrato	100 %		%Ejecución Financiera			66.6%	
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	Versión V01-2024

DIGITALIZAR LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN DILIGENCIADOS DE FORMA MANUAL EN LA HERRAMIENTA QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL PARA TAL FIN	X	
APOYAR PROCESOS DE DIAGNÓSTICO TEMPRANO DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CRÓNICAS	X	
COORDINAR CON OTROS PROFESIONALES DEL EBS PARA EL ABORDAJE INTEGRAL (EL ABORDAJE DE LOS MICROTERRITORIOS DEBE SER DE MANERA ARTICULADA ENTRE LOS EBS PARA LOGRAR LA EFECTIVIDAD REQUERIDA NO SE PERMITE EL ABORDAJE DE LAS FAMILIAS INDIVIDUOS Y/O ENTORNOS DE MANERA INDIVIDUAL O FUERA DE LOS BARRIDOS QUE SE REALICEN.)	X	
REALIZAR VALORACIÓN INTEGRAL DE PLANIFICACION FAMILIAR EN LA POBLACION OBJETO	X	
PUBLICACIONES PROGRAMADAS PARA EL MES DE JULIO	PROGRAMADOS	REALIZADOS
Se cumplieron con el total de actividades del contrato, se anexa evidencia.		X

OBSERVACIONES GENERALES				
Fecha Suspensión:		Fecha Reanudación:		
Yo Diana Jazmín Sánchez Pulido en mi calidad de Coordinador (a) del Área de Servicios Extramurales 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 Cristina Rivas Sanchez documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL. Anexo Certificado de salud, arl y pension del mes de septiembre y octubre				
FIRMA COORDINADOR AREA				
 V.B. COORDINADOR DE AREA				

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

REALIZAR MAPEO Y CARTOGRAFIA SOCIAL DE LOS TERRITORIOS DE ABORDAJE Y DE PRIMER CONTACTO CON LAS COMUNIDADES DE CADA MICRO TERRITORIO ASIGNADO	X	
---	---	--

REALIZAR VALORACIÓN INTEGRAL EN SALUD DE ACUERDO A LA RESOLUCION 3280 DEL 2018 EN TODOS SUS COMPONENTES Y SEGUN CURSO DE VIDA (EVALUACION DE NECESIDADES DE SALUD, VALORACION DEL ESTADO DE SALUD FISICA Y MENTAL, ANALISIS DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION, DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD, PLAN DE ATENCION INTEGRAL)	X	
EJECUTAR ATENCIONES DE PROMOCION Y PREVENCION EN SALUD	X	
APLICAR VACUNAS CONFORME A ESQUEMA NACIONAL	X	
REALIZAR TAMIZAJES DE RIESGO DE ACUERDO CON EL MOMENTO DEL CURSO DE VIDA	X	
REALIZAR ASESORIA Y APOYAR EN LACTANCIA MATERNA	X	
PARTICIPAR EN LA ELABORACION Y SEGUIMIENTO DEL PCP	X	
GESTIONAR INSUMOS Y MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA EL EBS	X	
REALIZAR TOMA DE MUESTRAS PARA LABORATORIO CLINICO (Pruebas POCT)	X	
REALIZAR TOMA CITOLOGIAS CERVICOUTERINA SEGUN SE REQUIERA	X	
REALIZAR ATENCION PRENATAL DE BAJO RIESGO Y SEGUIMIENTO A GESTANTES DE ALTO RIESGO EN MICROTERRITORIO ASIGNADO	X	
PARTICIPAR EN JORNADAS DE VACUNACION Y ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA CONCERTADAS EN LOS TERRITORIOS, CONVOGAR IMPLEMENTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A ESPACIOS DE PARTICIPACION SOCIAL Y POPULAR POR CADA UNA DE LAS VEREDAS, BARRIOS Y MICROTERRITORIOS ABORDADOS POR EL EQUIPO	X	
APOYAR LA GESTION COMUNITARIA Y SENSIBILIZACION SOBRE PRACTICAS DE AUTOCUIDADO	X	
REALIZAR VALORACION INTEGRAL DE PRIMERA INFANCIA, INFANCIA Y ADOLESCENCIA	X	
PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE EDUCACION EN SALUD INDIVIDUAL FAMILIAR Y COLECTIVO	X	
DOCUMENTAR LA ATENCION EN LAS PLATAFORMAS INSTITUCIONALES ESTABLECIDAS	X	

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1077452846	LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ	ch85906 P sur 877 m-44	7194312	leidy.cristina2293@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	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
2025-09	2025-09		14/10/2025	90157504	0
PERIODO SALUD PERIODO PENSIONES					TOTAL A PAGAR
					\$744.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD											
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor			
EPS005	Santas EPS	800251440-6	300.000	0		0		0	4	800	0
										Total a Pagar	No. Afiliados
										300.800	1

TOTALES PENSION											
Código APP	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
230301	Porvenir	800224808-8	384.000	0	0	0	0	4	1.000	0	385.000
										Total a Pagar	No. Afiliados
										385.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES											
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor
				No. Autorización	Valor	Sistemas					Valor Saldo a Favor
14-11	ARL SURA	890903790-5	58.500				58.500	200	58.700	58.700	585
										Fondo Solidaridad	Total a Pagar
										585	58.700

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	4	0	0	0
ICBF				
0	4	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de GE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.000	300.800
Pension	1	384.000	385.000
Riesgos Laborales	1	58.500	58.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	742.500	744.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO (PARAFISCALES Y SALUD)
CC	1077452848	LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ	ch65906 a sur #77m-44	7194312	leidycristina2293@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1- Independiente			BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIANO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIANO)	NUMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-09	2025-09	115	14/10/2025	90157504	\$744.500

DETALLE POR COTIZANTE																																						
INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSION						SALUD			RIESGOS LABORALES			CCF		PARAFISCALES				
No.	Tip	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Edad	Sexo	Estado Civil	Religión	Grupos	Grupos	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización/ Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBG Otros parafiscales	Aporte IENA	Aporte CCF	Aporte EPS	Aporte IENA								
1	CC	1077452848	RIVAS SANCHEZ LEIDY CRISTINA	59	10	7	N			290301	2.400.000	384.000	0	0	0	0	EP5005	2.400.000	300.000	14-11	2.400.000	3	59.500	0	0	0	0	0	0	0	0							

PAGADA

Medellín, 24 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 LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ identificado(a) con C1077452846 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.arsura.com.co/validar-certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10774528462529746643

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP 10.205.28.19

TOTALES POR SUBSISTEMAS[illegible][illegible]

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Número de Empleados	Nombre de la ARL	NIT	Colización Original	Incapacidades	Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Colización	Clase Mora	Valor Mora Colización	Subtotal	No. Radicado	Valor Saldo a Favor	Fondo de Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
1-11	11	ARL SURA	809093700-57	58.500			58.500	0	0,00	58.500			585	\$9.500	

TOTALES CAJAS										TOTAL	
Código CCF	Nombre					Nº	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	0	0	0
ICBF	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
No. Administradores Reportados	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar	
Salud	300.000	300.000	
Pensión	384.000	384.000	
Riesgos Laborales	58.500	58.500	
CCP	0	0	
ESAP	0	0	
IGBP	0	0	
MEN	0	0	
SENA	0	0	
TOTALES	742.500	742.500	

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

DATOS DE LA PLANILLA									
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD			TOTAL A PAGAR	
					EMPLEADOS	S. UPC	D		
PERIODO INICIO	PERIODO FIN								
2025-10	2025-10		29/10/2025	00949092				\$742,500	

DETALLE POR COTIZANTE[illegible]

PAGADA



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

Que nuestro(a) cliente LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía número 1.077.452.846 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 479003069 aperturada el 22 de febrero de 2024 cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un manejo conforme a lo establecido contractualmente.

Esta certificación se expide a solicitud del titular con destino a quien interese, el 3 de octubre de 2025.

Para trámites de nómina, legales, internacionales y otros, también puedes usar las siguientes opciones de número de cuenta:

Cuenta de 10 dígitos:	0479003069
Cuenta de 16 dígitos:	0479000200003069
Cuenta de 20 dígitos:	00130479000200003069

Firma autográfica

Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

Nota: el saldo no incluye valores de cheques en proceso de canje.

OCTUBRE DE 2025

E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen del Colegio

Nit: 860020094-8

Municipio de El Colegio – Cundinamarca

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

La suscrita, **Leidy Cristina Rivas Sánchez**, en calidad de **Profesional de Enfermería EBS #7** de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen del municipio de El Colegio – Cundinamarca, certifica que los siguientes integrantes de los Equipos Básicos de Salud han cumplido en su totalidad con las actividades contractuales en octubre del 2025, alcanzando un **100% de cumplimiento** en la ejecución, reporte y documentación de las acciones programadas según lineamientos establecidos.

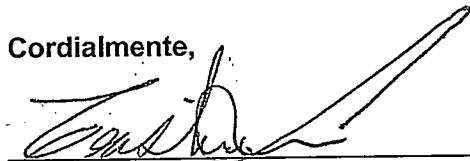
Dicho cumplimiento incluye; entre otras actividades, caracterización comunitaria, valoraciones integrales en salud, educación individual, familiar y colectiva, canalización a servicios, documentación en plataformas institucionales y articulación con el equipo interdisciplinario, conforme a los objetivos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

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

PERFIL	NÚMERO DE CONTRATO	PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA #3
Leidy Cristina Rivas Sanchez	328-2025	100%
María Cristina Romero Camacho	333-2025	100%
Sandra Milena Castellano Anaya	331-2025	100%
Andres Felipe marroquí calvo	359-2025	100%
Yerli Yaneth Martínez	329-2025	100%
Leidy Fernanda Trujillo Camacho	327-2025	100%
Wilson Alexander Correa Vega	371-2025	100%

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado y para los fines que estime convenientes, en El Colegio, a los 20 días del mes de octubre de 2025.

Cordialmente,



Leidy Cristina Rivas Sanchez

Enfermero profesional EBS #1

E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen del Colegio

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO ACTA ENTREGA	TH-F-31
	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	Versión V1-2024

FECHA	HORA	LUGAR
--------------	-------------	--------------

1. INSTRUCCIONES

Con el ánimo de formalizar el cumplimiento de la ejecución de las actividades y la terminación del contrato, le solicitamos diligenciar completamente la presente Acta en compañía del líder de proceso, en ella debe relacionar los asuntos de su competencia y el estado de cada uno de ellos.

2. DATOS GENERALES DEL CONTRATISTA

Nombre: <u>LEIDA CRISTINA LICAJ</u>
Proceso: <u>ERS</u>
Contrato N° <u>328</u>
Nombre del Líder de Proceso: <u>DIANA J. SANCHEZ PULIDO</u>
Área: <u>LIDER EQUIPOS BASICOS</u>

Sede: EXTRAMURALES

Yo diana j. sanchez con CC 35378882, líder del proceso equipos basicos Certifico que el contratista, antes mencionado entrego el 100% de las actividades relacionadas en el estudio previo del contrato y a su vez hace entrega oficial del informe final, lo cual es un requisito indispensable para realizar el pago contractual.

Firma Líder de Area [Firma] (1)

3. DESCRIPCIÓN DE LA ENTREGA

1. Detalle los asuntos pendientes de tramitar que sean de su directa competencia y responsabilidad. Anexe listado en caso de que este espacio no sea suficiente.

2. Relacione los expedientes que integran su archivo físico, así como la información contenida en medios magnéticos.

3. Relacione, claves y correos institucionales, drive, claves de servidor que esten a su cargo

4. Relacione y entregue los elementos asignados

En caso de ser brigadista entrega dotación: Chaleco _____ canguro _____ guantes _____

Gerencia(7) Nombre: _____ Firma: _____	Subgerencia (6) Nombre: _____ Firma: _____
Talento Humano(5) Nombre: _____	Sistemas(2) Nombre: _____ Firma: _____

Almacen/inventerios(3)		Calidad (4)	
Nombre: _____		Nombre: _____	
Firma: _____		Firma: _____	
Entrega carnet si _____ No _____			
4. OBSERVACIONES			
La presente Acta se firma a los _____ días del mes de _____ del año 20____, por las personas que en ella intervinieron.			
Contratista que entrega actividades		 Contratista que recibe	