2025 10 28 2,487,500

MARIA CRISTINA ROMERO CAMACHO

DOS MILLONES CUATROCIENTOS OCHENTA Y SIETE MIL QUINIENTOS

CPS-333
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: 35422

DETALLE DE LA CAUSACION

Num Doc	Descripción	Prefijo	Fecha	ValorTotal
39004	SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1220-2024 (SEP 21/20 OCT 2025)	OCT - 10	28/10/2025 00:00:00	2,500,000
			Total:	**2,500,000**

DETALLE RETENCIONES

Concepto	DesConcepto	Base Retención	%	Valor
1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000	2500000		12,500
			Total:	**12,500**

DETALLE CONTABILIDAD

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11321023	DAVIVIENDA CTA 4759-0010-4468 RES. 1220 EQUIPOS MEDICOS 2024	0	2,487,500
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS	2,487,500	0
	Total:	**2,487,500**	**2,487,500**

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	Contrato	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
2133	2398	333	573	302	2.4.5.02.09.04	CONVENIO - EQUIPOS MEDICOS	2,500,000
						Total:	**2,500,000**

DETALLE DEL EGRESO

PAGO CO#333 EBS OCTUBRE 2025

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA S. TESORERIA

Preparado **Revisado** **Aprobado** **Tesorería**

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

NIT. 860.020.094-8

Avenida Nº 6 -06 - El Colegio-Cund

DOCUMENTO EQUIVALENTE D 522/93 ART. 3

Orden de Pago Nro : 39004

Fecha : 28/10/2025

Tercero : 51965863 ROMERO CAMACHO MARIA CRISTINA

Autorretenedor : No Factura : 10 Regimen : Común Disponibilidad :91 - 573

Contribuyente : No Fecha : 28/10/2025 5:18:19 Prefijo : OCT Reserva : 2398

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

Descripcion : SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1220-2024 (SEP 21/20 OCT 2025) Descuento :

CONCEPTOS

Codigo	Descripción	Valor
582	73130201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - PYP	2,500,000.00
1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000	12,500.00
65	24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS	2,487,500.00

DETALLE CONTABLE

Cuenta	C Costo	UFuncional	Lugar	Nit	Debito	Credito
73130201	010101	01	01	51965863	2,500,000.00	.00
24362707				51965863	.00	12,500.00
24905501				51965863	.00	2,487,500.00

USUARIO

EDISSON RESTREPO MOLINA

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN
Nombre Proceso	PAGO EBS SEPTIEMBRE 5
Fecha Pago	28/10/2025
Hora Pago	18:00

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	51965863	**Referencia**	0000000000000000
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX2715	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 2.487.500,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2025 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial

REGIÓN DE SALUD CENTRO

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

N° DEL CONTRATO	333
CONTRATISTA	MARIA CRISTINA ROMERO CAMACHO
IDENTIFICACION:	51.965.863
FECHA DE SUSCRIPCION:	20/06/2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE EL COLEGIO EN EL AREA 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:	$ 7.500.000
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	23-oct-25

Certificación de pago seguridad social y parafiscales	**FECHA DE CERTIFICACION:**

El coordonadinar del area 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 21/20 OCTUBRE**

Que en razon a dicha ejecucion, el valor correspondiente a pagar es de **DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS $ (2,500,000)**

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. 3
LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EL COLEGIO CUNDINAMARCA

DEBE A:

LA SUMA DE: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/C ($ 2,500,000)
MARIA CRISTINA ROMERO CAMACHO
C.C. 51.965.863 DE BOGOTA

Según objeto del contrato prestar servicios de salud como auxiliar de enfermería para realizar actividades de atención primaria en salud en el municipio de el colegio en el área rural en el marco de las normas vigentes mediante la implementación de equipos básicos en salud en el contexto de las acciones de promoción mantenimiento de la salud y la atención individual, familiar colectiva y comunitaria según la resolución 1220 del 08 de julio del 2024expedida por el ministerio de salud y protección social

LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD	UNIDAD FUNCIONAL	CENTRO DE COSTOS	%	VALOR
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	SERVICIOS AMBULATORIOS-EXTRAMURALES EBS	AMBULATORIOS-EXTRAMURALES	100%	$2,500,000
		TOTAL	100%	$ 2,500,000

CONTRATO N°	N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	N° PRESUPUESTAL REGISTRO
333	576	573

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

MARIA CRISTINA ROMERO CAMACHO
C.C. 51.965.863 DE BOGOTA
CEL. 3028476495

INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

INFORMACIÓN BÁSICA

PERIODO DEL INFORME	SEPTIEMBRE 21-20 OCTUBRE	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.	333-2025
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	MARIA CRISTINA ROMERO CAMACHO	C.C. No.	**51.965.863**
OBJETO:	PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE EMFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN EL MUNICIPIO DE EL COLEGIO EN EL 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 SEGÚN RESOLUCION 1220 DEL 08 DE JULIO DEL 2024 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.		
Informe No:	03	Fecha:	**OCTUBRE**

Iniciación:	21/07/2025	Plazo Inicial:	3 MESES	Prorroga:		Fecha Final	
Finalización:	20/10/2025						

REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO

No DISPONIBILIDAD	VALOR	No REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR
576	**$7,500,000**	**573**	$ 7,500,000

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Valor total Del Contrato	**$7,500,000**	Valor Cobrado:	$ 2,500,000
		Valor Giros Efectuados	$ 5,000,000

ADICIÓN PRORROGA

Fecha de Inicio:		Fecha de Terminación	
Valor Adición:			
% Ejecución del contrato	100%	% Ejecución Financiera	66,6%

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

ACTIVIDADES	SI	NO
Visitas domiciliarias familiares para caracterización o actualización y seguimientos estableciendo el nivel de riesgo y avances de todos los integrantes de las familias de acuerdo con la asignación de micro territorios.	X	
Informar al 100 % las familias visitadas en el entorno hogar el uso adecuado de elementos de higiene bucal e informar la importancia de asistir a consulta odontológica mínimo dos veces al año, en todos los momentos de vida	X	
Canalizar orientar y direccionar al 100 % de las personas, familias y comunidades visitadas, a la oferta de servicios sociales, de bienestar y salud disponibles en el territorio (de acuerdo al directorio realizado), con el fin de promover el derecho a la salud y garantizar la atención integral.	X	
Informar el entorno hogar al 100 % de las familias visitadas, sobre factores protectores en estilo de vida saludable y hábitos de actividad física.	X	
Caracterizar en el entorno hogar 100 % de las familias visitadas, sobre factores protectores en estilos de vida saludable y cumplimiento de recomendaciones de actividad física.	X	
Caracterizar y canalizar en el entorno hogar al 100 % de hombres y mujeres mayores de 18 años, con riesgo de hipertensión aplicando la tabla de estratificación de riesgo cardiovascular de la OMS.	X	
Caracterizar y canalizar en el entorno hogar al 100% de hombres y mujeres mayores de 18 años con riesgo de diabetes aplicando el test findriks.	X	
Caracterizar y canalizar en el entorno hogar el 100 % de mujeres mayores de 50 años que nunca o hace mas de 2 años se hayan tomado mamografía y brindar educación sobre la técnica del auto examen de seno en el entorno hogar, para promover la adopción de practicas de cuidado para la salud.	X	
Caracterizar y canalizar en el entorno hogar el 100 % de las mujeres entre 24 y 29 años o menores con vida sexual activa que no tengan el esquema de citología cervico – uterina 1-3-3 (acorde a la ruta de promoción y mantenimiento de salud), y para tamizaje con ADN VPH esquema 1-5-5 y brindar educación sobre la importancia de la realización de la citología para promover la adopción de practicas de cuidado para la salud.	X	
Caracterizar y canalizar hombres mayores de 50 años para toma de antígenos prostáticos, de acuerdo con los factores de riesgo asociados a cáncer de próstata	X	
Caracterizar e identificar y canalizar al 100 % de la población en las visitas domiciliaria los riesgos asociados a cáncer de colon (hombres y mujeres mayores de 50 años)	X	
Caracterizar mensualmente a las gestantes y puérperas del municipio que contribuya a la identificación del riesgo.	X	
Informar al 100 % de las familias visitadas en el entorno hogar información acerca del reconocimiento de la gestante como grupo prioritario para acceso a servicios, atenciones y cuidado y acerca de los derechos de las gestantes a acceder a los		

servicios de salud ambulatorios y de urgencias sin barreras administrativas y sin ximportar su aseguramiento.	x	
Informar al 100 % de las familias visitadas acerca de practicas de higiene corporal de la gestante y el recién nacido , fortalecer la importancia del lavado de manos y uso de tapabocas en instituciones de salud para prevención de COVID – 19 e infecciones respiratorias altas , acerca de los signos de alarma que pudieran requerir consulta por urgencias en las gestantes y sus recién nacidos , invitación a conformar redes comunitarias y familiares para establecer ruta de reacción ante la urgencia obstétrica y del recién nacido.	X	
canalizar a intervenciones en salud sexual y salud reproductiva en los diferentes cursos de vids (adolescentes , jóvenes , adultos , adulto mayor)	X	
Canalizar a curso de preparación para la paternidad y maternidad de las familias gestantes.	X	
Realizar búsqueda , canalización de sintomaticos respiratorios (SR) mediante el diligenciamiento de encuestas para detención de SR , en contactos de pacientes identificación con tuberculosis (especialmente en menores de 5 años) y en población vulnerable (albergues , centros promoción y protección social que prestan servicio a la persona mayo victimas del conflicto armado) .	X	
Revisar carnet de vacunación , canalizar e informar al 100 % de la población objeto del programa ampliado de inmunización PAI , a los servicios de vacunación a territorio .	X	
Caracterizar en el entorno hogar a través de la ficha AIEPI comunitario , de la población de primera infancia , cesada en el territorio según base SISBEN o DANE y canalizar teniendo en cuenta el riesgo detectado en la ficha AIEPI comunitario en los menores de 12 años – y de acuerdo a capacitación de signos de alarma en la valoración integral	X	
Caracterizar e informar en el entorno hogar al 100 % de la población vulnerable acerca de deberes y derechos en salud , (habitante de calle , migrante , LGBTIQ , personas en situación de prostitución , indígenas , negros , afrodescendientes , raizales palenqueros – NARP y RrOM o gitanos , discapacidad , victimas del conflicto armado , desmovilizados , reinsertados)	X	
ealizar búsqueda activa comunitaria o apoyo a cercos epidemiológicos de las ermedades de interés en salud publica especialmente apoyo en situaciones de p mias , brotes .	X	
Ap n suministro de tratamientos a pacientes de enfermedades de interés en salud lica y las demas relacionadas.	X	
Orienta brindar mensajes claves a los individuos y familias sobre lactancia materna sstantes y lactantes) , desparasitación y suplementación con micronutrien (gestantes , primera infancia) , signos clínicos de DNT aguda (menores de nos) , para promover practicas de cuidado para la salud	X	
Referir inmedia mente a los servicios de salud (urgencias) a los menores con signos clínicos de NT aguda , moderada o severa , o con circunferencia de brazo menor 11.5 cm y le no se encuentren en manejo de acuerdo a la resolución 2350/20.	X	
Apoyar las jornadas salud , jornadas de vacunación y las jornadas para la prevención y control de ns parvovirosis.	X	

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

Responder por equipos biomédicos entregados para la correcta ejecución del contrato	X	
Apoyar la notificación de eventos de interes en salud publica y realizar tamizaje de pruebas rapidas de acuerdo a las prioridades y necesidades en la población de los micro territorios asignados.	X	

PUBLICACIONES PROGRAMADAS PARA EL MES DE JULIO	PROGRAMADOS	REALIZADOS
	27	27

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

OBSERVACIONES GENERALES					
Fecha Suspensión		Fecha Reanudación			

Yo DIANA JAZMIN SANCHEZ PULIDO en mi calidad de Coordinador (a) del Área, de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora Del Carmen certifico bajo la gravedad de juramento, que las Actividades mencionadas anteriormente se cumplieron a cabalidad por el contratista MARIA CRISTINA ROMERO CAMACHO documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.

Anexo planilla de pago del mes SEPTIEMBRE N° 9492422875 DEL 2025

FIRMA COORDINADOR AREA

V°B° COORDINADOR DE AREA

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51965863		ROMERO CAMACHO MARIA CRISTINA	DEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 1 A # 12 D - 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2025-10	2025-10	1882639836	94935768l3	I	2025/11/10	2025/10/28	REQUI	0		$440,500

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte	
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0	
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0	
1	CC 51965863	ROMERO MARIA	14-16	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$170,000		0	$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0	
Total Afiliados(1)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$170,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0	

2025/10/27 08:30 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Telefono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51965863		ROMERO CAMACHO MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 1 A # 12 D - 43	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor	
2025-10	2025-10	1082639836	94938768 13		2025/11/13	2025/10/28	NEQUI	0		$440,500

RESUMEN DE PAGO

SGP	CODIGO	NIT	V	AL DIA	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SANCIONES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$0	$0	$227,800
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$0	$0	$227,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$0	$0	$34,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$0	$0	$34,700
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$0	$0	$178,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$0	$0	$178,000
TOTAL					$440,500	$0	$0	$440,500

2025/10/27 08:30 PM

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razón Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Dirección	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51965863	7	ROMERO CAMACHO MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 1 A # 12 D - 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Límite	Pago	Banco	Días Mora	Valor	
2025-09	2025-09	1000000983	94924228 75		2025/10/15	2025/10/23	BANCO DE BOGOTA	8		$442,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES			
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0
1	CC	51965863	ROMERO MARIA	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS037	30	$1,423,500	$178,000	0		$0	$0	14-11	30	$1,423,500	$34,700	0	$0	$0
Total Afiliados (1)						$1,423,500	$227,800			$1,423,500	$178,000			$0	$0			$1,423,500	$34,700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 51965863		ROMERO CAMACHO MARIA CRISTINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Cra 1 A # 12 D - 40	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5555555	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago			
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora		Valor
2025-09	2025-09	T000000983	94924228 75		2025/10/15	2025/10/23	BANCO DE BOGOTA	8		$442,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$227,800	$1,200	$0	$229,000
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$34,700	$200	$0	$34,900
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	1	$34,700	$200	$0	$34,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$178,000	$900	$0	$178,900
NUEVA EPS	EPS037	900,156,264	2	1	$178,000	$900	$0	$178,900
TOTAL				1	$440,500	$2,300	$0	$442,800

2025/10/23 06:12 AM

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

51.965.863

ROMERO CAMACHO

MARIA CRISTINA



FECHA DE NACIMIENTO 06-MAY-1969

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

14-DIC-1987 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00590674-F-0051965863-20140618 0039054253A 1 1462922921

nueva eps

CERTIFICA QUE

El(La) señor(a) MARIA CRISTINA ROMERO CAMACHO identificado con CC 51965863 cabeza de familia se encuentra afiliado(a) a nuestra EPS.

Los siguientes son los datos basicos de dicha afiliación:

Fecha de activacion de servicios: 01/12/2016

IPS cotizante: VIVA 1A IPS MARLY

Categoria: A

Estado: Vigente

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá QUIEN INTERESE a los 26 dias del mes de Octubre del año 2025.

La certificacion tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

CERTIFICACION NO APLICA PARA SERVICIOS MEDICOS.

NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS

Cordialmente,

Gerencia de Afiliaciones

Nueva EPS S.A.

DIAN

Formulario del Registro Unico Tributario

001

2. Concepto: 0 2 Actualización

4. Número de formulario: 1496259177 9

(415)7707212489984(8020)000001496259177 9

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 1 9 6 5 8 6 3 | 6. DV: 6

12. Dirección seccional: Impuestos de Bogotá

13. Buzón electrónico: 3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 5 1 9 6 5 8 6 3

27. Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

30. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

31. Primer apellido: ROMERO

32. Segundo apellido: CAMACHO

33. Primer nombre: MARIA

34. Otros nombres: CRISTINA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Bogotá D.C. — 1 1

40. Ciudad/Municipio: Bogotá, D.C. — 0 0 1

41. Dirección principal: CR 1 A 12 D 15

42. Correo electrónico: cris.romero0321@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 0 2 8 4 7 6 4 9 5

45. Teléfono 2

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	50. Código 2	51. Código	52. Número establecimientos
8 6 9 2	2 0 0 9 0 5 0 1					5 1 3 2	

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

Usuarios aduaneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

Exportadores

55. Forma | 56. Tipo | Servicio 1 2 3 | 57. Modo | 58. CPC

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Unico Tributario -RUT- tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Unico Tributario (RUT) deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6. del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada

984. Nombre: CALANCHE RODRIGUEZ CINDY PAOLA

985. Cargo: Analista V

Fecha generación documento PDF: 27-10-2025 11:31:44AM

FIRMA AUTORIZADA
SIN COSTO
CONSULTA EN LA WEB
RECIBIDO

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

EL COLEGIO,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA.
A quien interese

26/10/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor MARIA ROMERO CAMACHO** con **Cedula de Ciudadanía** numero **51965863**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número **055048845491271 5**
Fecha de apertura **28/08/2025**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO

Banco Davivienda S.A.
NIT: 860.034.313-7

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO ACTA ENTREGA	TH-F-31
		Versión
	PROCESO GESTIÓN DEL TALENTO HUMANO	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: Maria Cristina Romero Camacho
Proceso: Equipos Basicos en Salud
Contrato N° 383
Nombre del Líder de Proceso: Diana Jazmin Sanchez Patiño
Área: Equipos Basicos
Sede: Extramural

Yo Diana Jazmin Sanchez cc 35378882, líder del proceso Equipos B.S

Certifico que el contratista, antes mencionado entrego el 100% de las activiades 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 Lider de Area _____ (1)

3. DESCRIPCION 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: DIEGO Firma:
Talento Humano(5) Nombre:	Sistemas(2) Nombre: Firma:_____
Almacen/inventerios(3) Nombre Firma:	Calidad(4) Nombre:_____ 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.

Maria Cristina Romero Contratista que entrega actividades	Contratista que recibe