

2025 12 26 8,571,000

RIVAS SANCHEZ LEIDY CRISTINA

OCHO MILLONES QUINIENTOS SETENTA Y UN MIL



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

CPS-587
 Sistemas CitiSalud SAS

COMPROBANTE DE EGRESO NO: 36134

DETALLE DE LA CAUSACION

Num Doc	Descripción	Prefijo	Fecha	ValorTotal
39828	SERV PROFESIONAL ENFERMERIA RESOLUCION 1010 -2025 DICIEMBRE	DIC - 12	26/12/2025 00:00:00	9,000,000
Total:				9,000,000

DETALLE RETENCIONES

Concepto	DesConcepto	Base Retención	%	Valor
1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000	9000000		45,000
Total:				45,000

DETALLE CONTABILIDAD

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11321030	RECURSOS DE EBS (EQUIPOS BASICOS DE SALUD)RESOLUCIÓN 1010 DEL 2025 - 4759-0010-6539	0	8,571,000
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS	8,571,000	0
Total:		8,571,000	8,571,000

DETALLE PRESUPUESTO

Giro	Compromiso	Contrato	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
2841	3201	587	1192	1189	2.4.5.02.09.04	CONVENIO - EQUIPOS MEDICOS	9,000,000
Total:							9,000,000

DETALLE DEL EGRESO

PAGO SERV PROFESIONAL ENFERMERIA RESOLUCION 1010 -2025 DICIEMBRE



Preparado

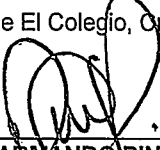
[Signature]
 Revisado

[Signature]
 Aprobado





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

N° DEL CONTRATO	587
CONTRATISTA	LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ
IDENTIFICACION:	1077452846
FECHA DE SUSCRIPCION:	25/11/2025
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN ÁREA URBANA DEL MUNICIPIO DE EL COLEGIO- CUNDINAMARCA, 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 1010 DEL 23 DE MAYO DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL.
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	\$ 9.000.000
PLAZO INICIAL:	HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DE 2025
FECHA DE INICIO:	27/11/2025
FECHA DE TERMINACION INICIAL:	31/12/2025
TIEMPO DE PRORROGA	
ADICION EN VALOR	
FECHA TERMINACION:	
MES PAGADO	FECHA DE PAGO:
DICIEMBRE	11 dic-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 DICIEMBRE	
Que en razon a dicha ejecucion, el valor correspondiente a pagar es de NUEVE MILLONES DE PESOS \$ (9,000,000)	
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 DICIEMBRE 2025	
 DIEGO ARMANDO PINZON PEÑA SUPERVISOR	
Email: contactenos@eseelcolegio-cundinamarca.gov.co	



E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN MESITAS DEL COLEGIO

Dir: - Tel: 8475026

Nit: 860020094

ORDENES DE PAGO: 39828

Tercero: 1077452846 - 4 - RIVAS SANCHEZ LEIDY CRISTINA

Autorretenedor: NO

Factura: 12

Regimen: Comun

Contribuyente: NO

Prefijo: DIC

No. Contrato: 587

I.C.A: ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL

Fecha Factura: 26/12/2025

Fecha: 26/12/2025

Fecha Vence: 26/01/2026

Descripción: SERV PROFESIONAL ENFERMERIA RESOLUCION 1010 -2025 DICIEMBRE

Valor en Letras: NUEVE MILLONES PESOS M/CTE

CONCEPTOS

TTercero	DesTTercero	Concept	Descripción CXP	Iva	Descripción IVA	Valor
		1029	24361501 RETENCION EMPLEADOS ARTICULO 383			384,000
		1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000			45,000
		582	73130201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - PYP			9,000,000
65	24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS					8,571,000

DETALLE CONTABLE

Cuenta	DesCuenta	Lugar	UFuncional	CCostos	Nit	Debito	Credito
73130201	REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS	01	01	010101	1077452846	9,000,000	0
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS				1077452846	0	8,571,000
24362707	RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO POR COMPRAS 5 x mil				1077452846	0	45,000
24361501	A EMPLEADOS ARTÍCULO 383 ET				1077452846	0	384,000
					Total:	9,000,000	9,000,000

Cancelado: 0
Saldo Actual: 8,571,000

DETALLE PRESUPUESTAL

Disponibilidad	Registro	Obligacion	Lugar	Rubro	Descripción	Valor
99 - 1189	91 - 1192	83 - 3201	01	2.4.5.02.09.04	CONVENIO - EQUIPOS MEDICOS	9,000,000
					Total:	9,000,000

Elaboró:

Presupuesto

CUENTA DE COBRO No. 01
LA E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
EL COLEGIO CUNDINAMARCA

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

LA SUMA DE: 9.000.000 M/C (\$ NUEVE MILLONES DE PESOS M/CTE)

Segun objeto del contrato Nro 587 DE 2025

PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO PROFESIONAL DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD EN AREA URBANA DEL MUNICIPIO DEL COLEGIO CUNDINAMARCA 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 1010 DEL 23 DE MAYO DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION

LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD	UNIDAD FUNCIONAL	CENTRO DE COSTOS	%	VALOR
E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN - EL COLEGIO	SERVICIOS AMBULATORIAS - EXTRAMURALES - EBS	AMBULATORIOS - EXTRAMURALES	100%	\$9.000.000
TOTAL			100%	\$9.000.000

CONTRATO N°	N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	N° PRESUPUESTAL REGISTRO
587 de 2025	1189	1192

Declaro bajo gravedad de juramento que los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social corresponden minimo 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
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

Versión

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	27 de noviembre al 31 de diciembre de 2025	CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.	587 - 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 AREA URBANA DEL MUNICIPIO DEL COLEGIO - CUNDINAMARCA 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 1010 DEL 23 DE MAYO DE 2025 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL		
Informe No:	01	Fecha:	Diciembre 2025
Iniciación:	27 de noviembre de 2025	Plazo Inicial:	1 meses
Finalización:	31 de Diciembre de 2025	Prorroga:	
REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO			
No DISPONIBILIDAD	VALOR	No REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR
1189	9.000.000	1192	9.000.000
ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO			
Valor total Del Contrato	9.000.000	Valor Cobrado:	9.000.000
		Valor Giros Efectuados	0
ADICIÓN PRORROGA			
Fecha de Inicio:		Fecha de Terminación	
Valor Adición:			
% Ejecución del contrato	100 %	%Ejecución Financiera	0 %
ACTIVIDADES			CUMPLE
			SI NO

	E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO	Código
	FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES	SUB-F1
	PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACION	Version
		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 VALORACION 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 VAGUNAS 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 MICRO TERRITORIO ASIGNADO	X	
PARTICIPAR EN JORNADAS DE VACUNACION Y ACTIVIDADES DE SALUD PUBLICA CONCERTADAS EN LOS TERRITORIOS, CONVOCAR, IMPLEMENTAR Y REALIZAR SEGUIMIENTO A ESPACIOS DE PARTICIPACION SOCIAL Y POPULAR POR CADA UNA DE LAS VEREDAS, BARRIOS Y MICRO TERRITORIOS ABORDADOS POR EL EQUIPO	X	
APOYAR LA GESTION COMUNITARIA Y SENSIBILIZACION SOBRE PRACTICAS DE AUTO CUIDADO	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	



E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

Código

FORMATO INFORME DE ACTIVIDADES

SUB-F1

Versión

PROCESO SUBGERENCIA - CONTRATACION

V01-2024

DIGITALIZAR LOS INSTRUMENTOS QUE SEAN DILIGENCIADOS DE FORMA MANUAL EN LA HERRAMIENTA QUE DEFINA EL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN 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.		X

OBSERVACIONES GENERALES

Fecha Suspensión: / / Fecha Reanudación: / /

Yo Diana Jazmin 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 Sánchez documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.

Anexo planilla de pago # 92251766 - 92293282

FIRMA COORDINADOR AREA

V°B° COORDINADOR DE AREA

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1077452846	LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ	cl166bis a eur #77m-44	7184312	leidyristina2293@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	I-Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAS/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
					UPC
					TOTAL A PAGAR
			10/12/2025	91807348	1
					0
					5742.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPB	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					
EPS005	Seritas EPS	800251440-6	300.000	0	0	0	0	0	0	0	0	300.000	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
230301	Porvenir	800224808-8	384.000	0	0	0	0	0	0	0	384.000	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Mora 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	890903780-5	58.500				58.500	0	0	58.500			685	58.500	1

TOTALES CAJAS						
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
BENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valores de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	58.500	58.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
BENA	0	0	0
TOTALES	3	742.500	742.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TÉLEFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1077452846	LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ	cl166plis a sur #77m-44	7184312	leidycristina2293@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	1 - Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMESIAÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMESIAÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS
					UPC
					0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-12	T	10/12/2025	82251788	\$742.500

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	300.000	0		0	0	0	0	0	0	300.000	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

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	890803780-5	58.500			58.500	0	0	58.500	58.500		585	585	58.500	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
EBAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	300.000	300.000
Pensión	1	384.000	384.000
Riesgos Laborales	1	58.500	58.500
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	742.500	742.500

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ICC	1077452846	LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ	cl186gble a eur #77m-44	7194312	leidycristina2293@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1 - 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	
2025-12	2025-12		10/12/2025	92251766	\$742.500	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSION				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCP			PARAFISCALES																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000

PRIVADO

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1077452846	LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ	cil65gbit a sur #77m-44	7194312	leidy cristina2283@gmail.com	
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
UNICA	Indecondicional			BOGOTÁ - D.C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/ES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/ES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD EMPLEADOS SUP
92251766	10/12/2025				0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR
2025-12	2025-12	N	11/12/2025	92293282	\$371.200

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	150.000	0	0	0	0	0	0	0	0	150.000	1

TOTALES PENSION													
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	
230301	Parvefin	800224808-8	192.000	0	0	0	0	0	0	0	192.000	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	Fondo Saldo a Favor	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor									
1411	ARL SURA	890903790-5	29.200	0	0	0	29.200	0	0	29.200	0	292	29.200	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
0	0	0	0	0
MEN				
0	0	0	0	0

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valores de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	150.000	150.000
Pensión	1	192.000	192.000
Riesgos Laborales	1	29.200	29.200
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	371.200	371.200

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1077452846	LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ	clib5gbls a aur #77m-44	7194312	leidy cristina2293@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	1-Independiente			BOGOTÁ D.C.	BOGOTÁ D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA					CANTIDAD	
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIAMES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIAMES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	EMPLEADOS	UPC
9226	10/12/2025	N	11/12/2025	92283282	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-12	2025-12				5371.200	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	150.000	0	0	0	0	0	0	0	0	150.000	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	
													280301

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radiando Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Punto Seguridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	880903780-5	29.200	0	0	29.200	0	0	29.200	0	0	0	292	29.200	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA JRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	150.000	150.000
Pensión	1	192.000	192.000
Riesgos Laborales	1	29.200	29.200
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	371.200	371.200

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL POS DE EPS SANITAS

La EPS SANITAS en desarrollo de su programa especial para la garantía y prestación del Plan Obligatorio de Salud denominado EPS SANITAS

CERTIFICA

Que Leidy Cristina Rivas Sanchez, Identificado(a) con CC número 1077452846, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC: 1077452846
NOMBRES Y APELLIDOS	Leidy Cristina Rivas Sanchez
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	20/01/1992
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 - Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	31/01/2013
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	332 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	13 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	22/06/2020
NIVEL SISBEN	No aplica
EMPLEADOR(ES)	

CEDULA DE CIUDADANIA: 1077452846 LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ Desde: 01/09/2024 Vigente



**SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS
PORVENIR S.A.**

En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía 1.077.452.846, se encuentra afiliado(a) al Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir.

La presente certificación se expide el 11 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes



Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Medellín, 11 de diciembre 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.artsura.com.co / Validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes: C10774528462534536378

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Dirección IP: 10.205.28.11

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario

141075417276



(415)7707212489984(8020)0000141075417276

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 0 7 7 4 5 2 8 4 6 7 4 6. DV: 4 12. Dirección seccional Impuestos de Bogotá 14. Buzón electrónico: 3 2

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión illiquida 25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 26. Número de Identificación: 1 0 7 7 4 5 2 8 4 6 27. Fecha expedición

28. País: COLOMBIA 29. Departamento: Chocó 30. Ciudad/Municipio: Quibdó 0 0 1

31. Primer apellido: RIVAS 32. Segundo apellido: SANCHEZ 33. Primer nombre: LEIDY 34. Otros nombres: CRISTINA

35. Razón social:

36. Nombre comercial: 37. Signo:

UBICACIÓN

38. País: COLOMBIA 39. Departamento: Bogotá D.C. 40. Ciudad/Municipio: Bogotá D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 65 C BISA SUR 77 M 44 42. Correo electrónico: leidy cristina 2293@gmail.com

43. Código postal: 44. Teléfono 1: 3 1 1 3 1 7 4 7 4 2 0 45. Teléfono 2: 3 2 1 6 1 9 7 8 3 9

CLASIFICACIÓN

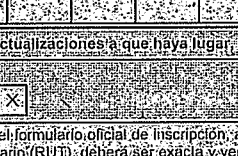
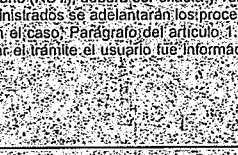
Actividad económica: 46. Código: 8 6 9 2 47. Fecha inicio actividad: 2 0 2 2 0 3 0 4 48. Código: 49. Fecha inicio actividad: 50. Código: 51. Código: 52. Número establecimientos:

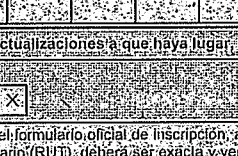
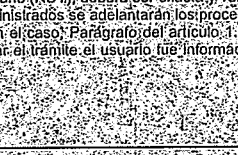
Responsabilidades, Calidades y Atributos

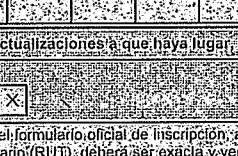
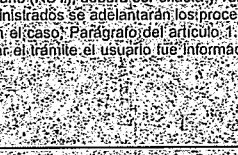
53. Código: 5 4 9

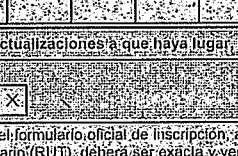
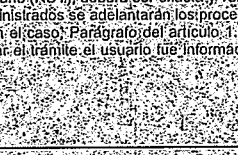
05. Imppto. renta y compl. régimen ordinario 49. No responsable de IVA

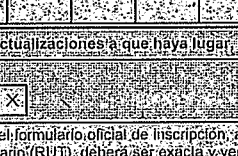
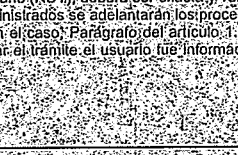


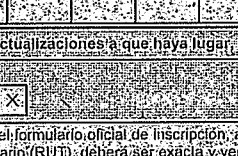
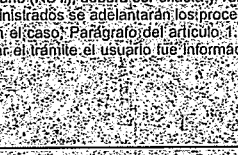



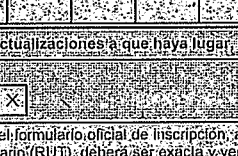
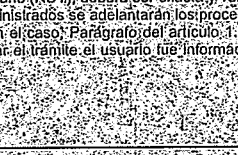




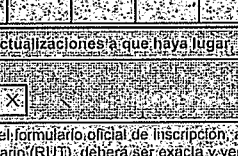
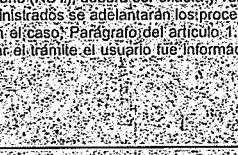




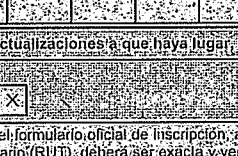
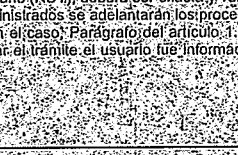




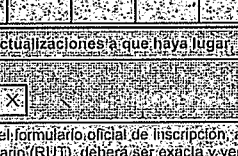
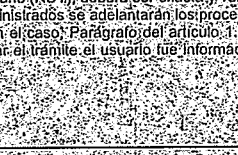




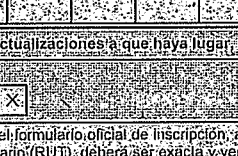
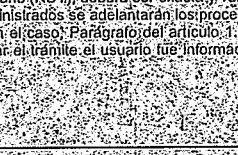




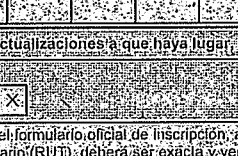
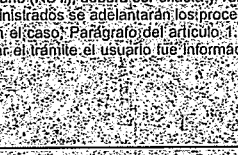




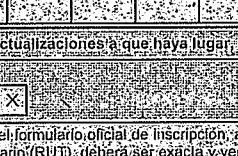
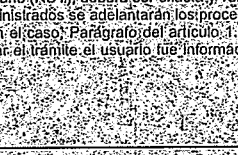




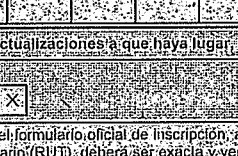
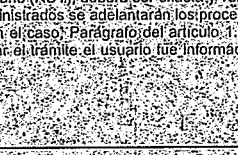




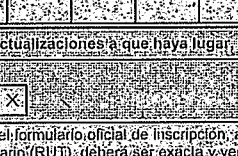
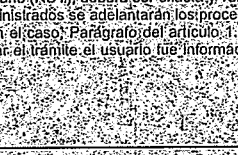




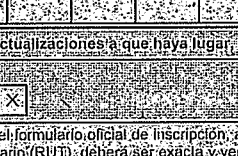
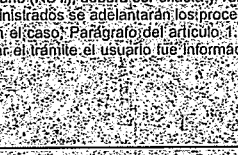




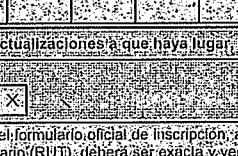
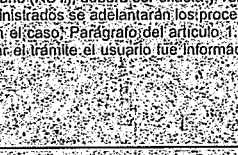




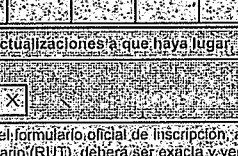
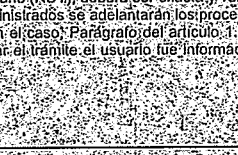




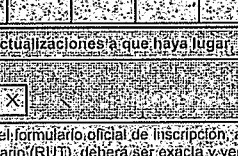
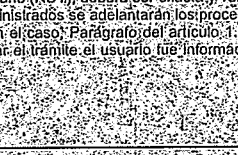




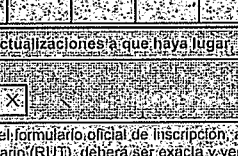
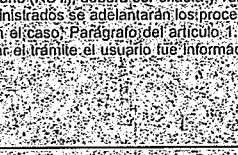




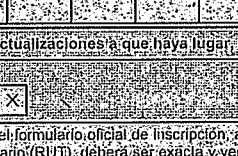
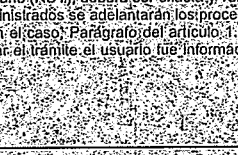




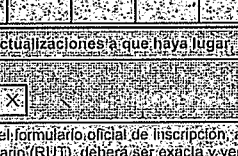
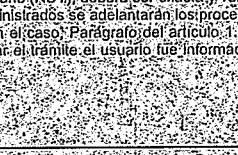




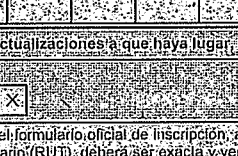
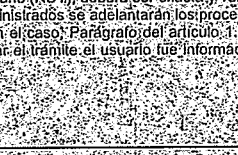




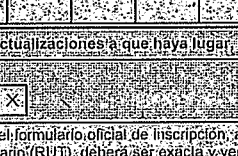
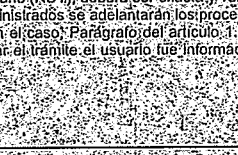




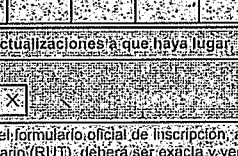
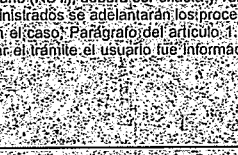




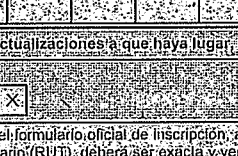
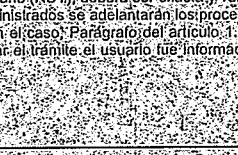




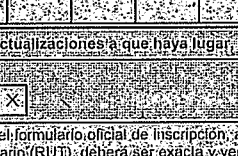
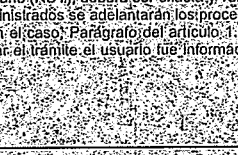




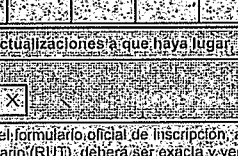
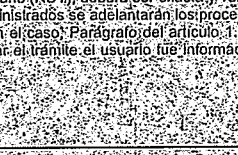




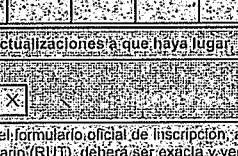
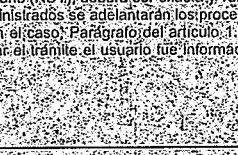




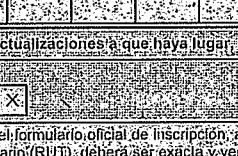
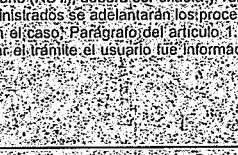




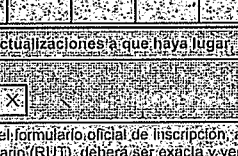
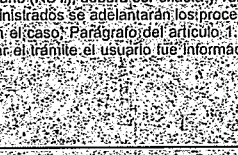




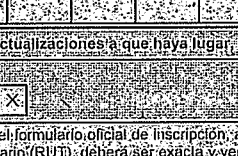
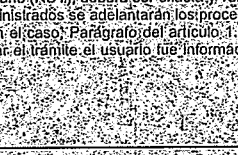




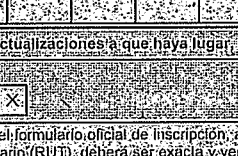
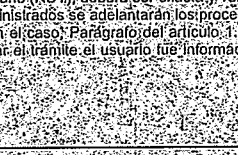




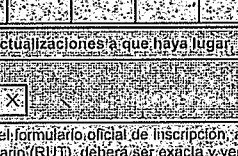
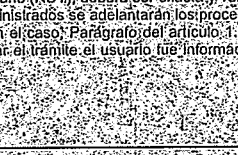




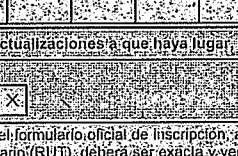
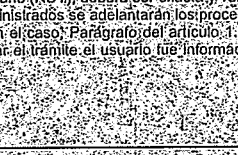




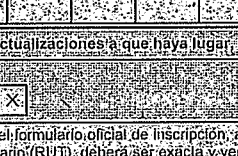
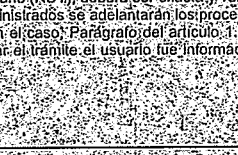




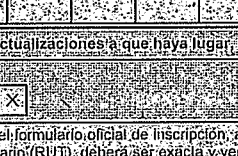
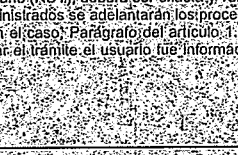




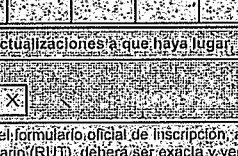
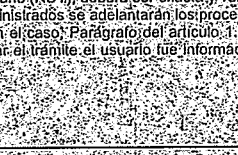




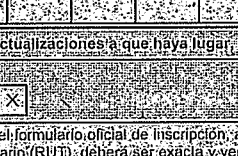
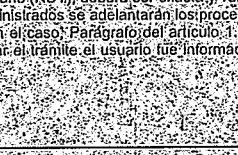




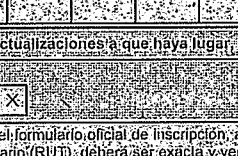
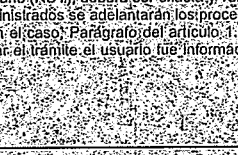




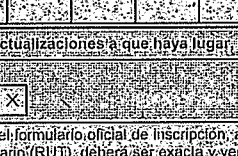
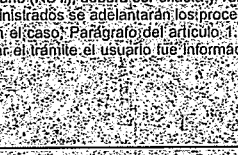




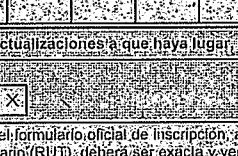
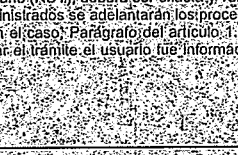




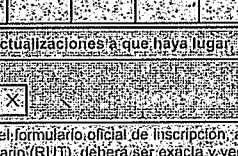
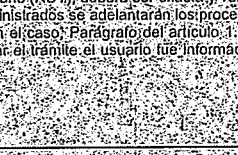




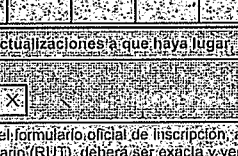
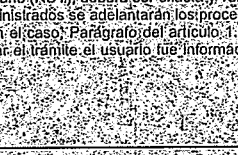




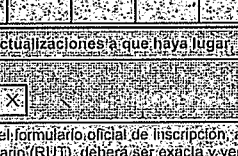
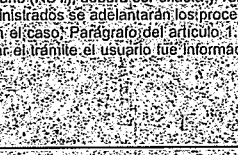




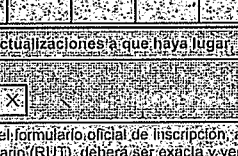
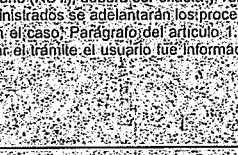




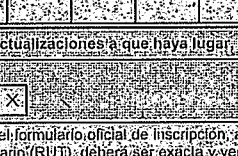
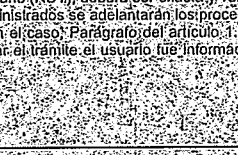




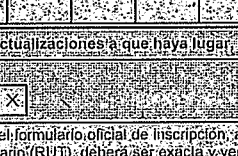
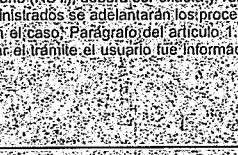




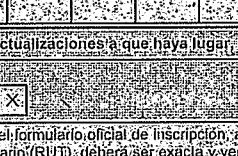
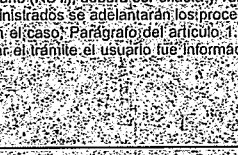




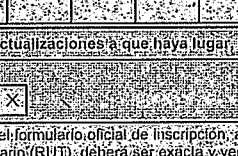
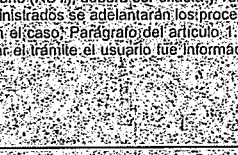




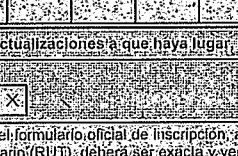
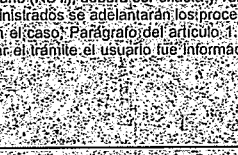




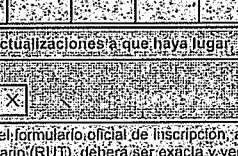
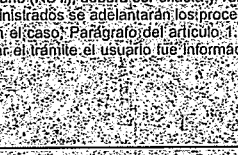




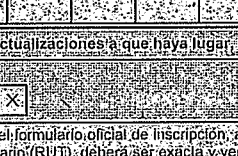
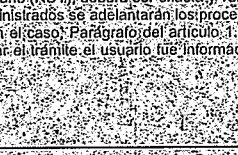




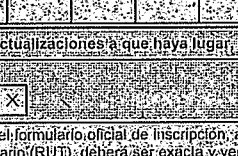
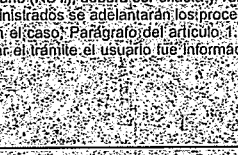




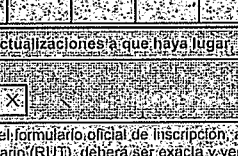
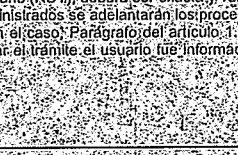




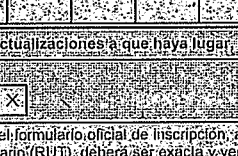
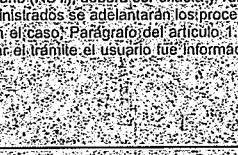




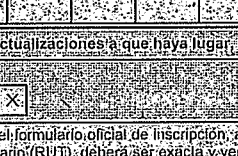
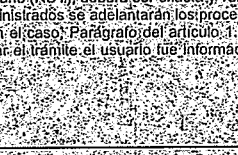




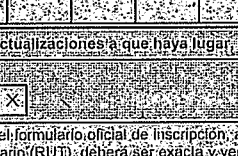
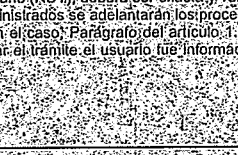




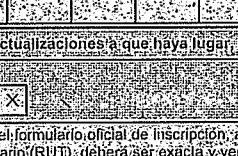
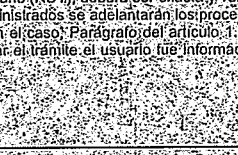




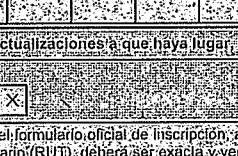
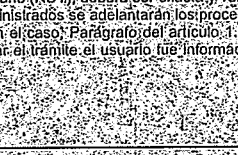




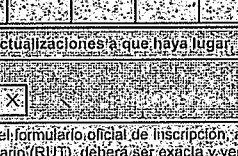
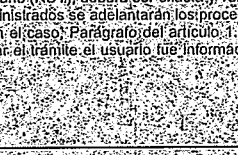




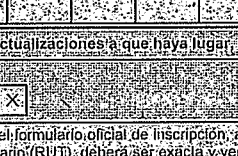
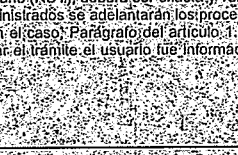




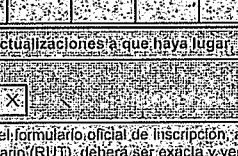
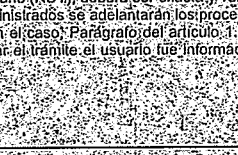




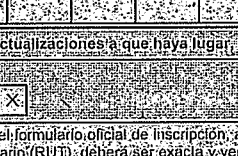
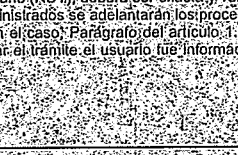




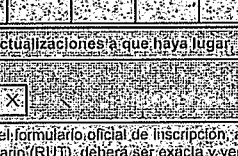
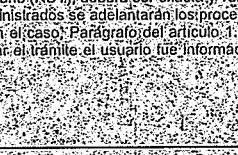




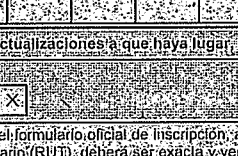
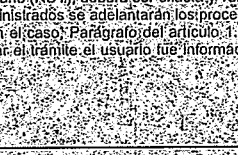




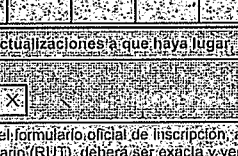
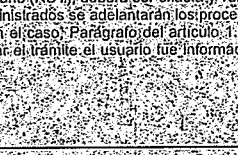




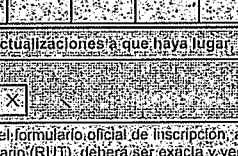
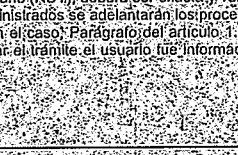




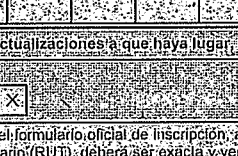
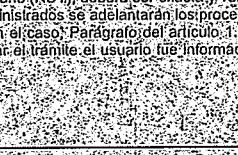




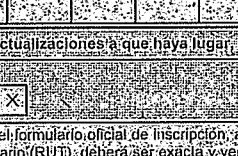
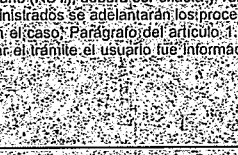




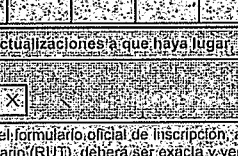
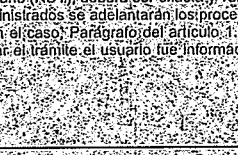






12 de diciembre de 2025

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 Sanchez** en calidad de **Profesional de Enfermería EBS # 5** 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 correspondientes a la **Entrega N°1** dentro del periodo de diciembre, 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	NUMERO DE CONTRATO	% CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA #3
Rafael Humberto guerrero Zamora	625	100%
Leidy Cristina Rivas Sanchez	587	100%
Nayibe Alejandra Vega Galindo	624	100%
Diana Marcela cofles correa	623	100%
Miriam Consuelo Salinas Sierra	616	100%
Yeny Paola Ortiz Junca	598	100%
Cristian David Iaiton ramirez	617	100%

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado y para los fines que estime convenientes, en El Colegio, a los 12 días del mes de diciembre de 2025.

Cordialmente,



Leidy Cristina Rivas Sanchez

Enfermera profesional EBS #5

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

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
VEDULA DE CIUDADANIA

Nº 1.077.452.846
RIVAS SANCHEZ

LEIDY CRISTINA

Leidy Cristina P.S.
FIRMANTE



FECHA DE NACIMIENTO: 20-ENE-1992
QUIBDO
(CHOCO)

LUGAR DE NACIMIENTO
1.70

ESTATURA G.S. RH.

05-ABR-2010 QUIBDO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

O+ F

REGISTRADOR NACIONAL
ALEJANDRO VEGA ROCHA



P:17001600041740 F:1077452846-20200612 0070926478A11 9912306565



Creando Oportunidades

BBVA Colombia
NIT 860.003.020-1
Certifica

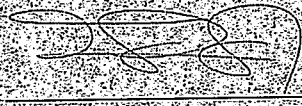
Que nuestro(a) cliente LEIDY CRISTINA RIVAS SANCHEZ, identificado(a) con cedula de ciudadanía número 1.077.452.846 se encuentra vinculado(a) a nuestra entidad a través de la CUENTA DE AHORROS LIBRETON No. 479003069, aperturada el 22 de febrero de 2024, cuenta ACTIVA y que a la fecha ha presentado un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



Responsable servicio al cliente
BBVA Colombia

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

VIGILADO por la Superintendencia Financiera de Colombia



DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN
Nombre Proceso	PAGO EBS RESOL 1010 DICIEMBRE
Fecha Pago	26/12/2025
Hora Pago	19:53

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1077452846	Referencia	0000000000000000
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX3069	Banco	BBVA
Valor	\$ 8.571.000,00	Estado	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial