

2026 -02 -09

5,652,467.00

ACOSTA MARENGO YESENIA

CINCO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS M/CTE

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CALLE 20 NRO 13 22

NIT. 892400038-2

SAN ANDRES

COMPROBANTE
DE EGRESO N°

579


Beneficiario: ACOSTA MARENGO YESENIA	Banco: DAVIVIENDA	Cuenta DE AHORROS
Cuenta No: 266000288479	Concepto : SERVICIOS COMO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA PARA METAS EN PROCESO DE PLANEACION INTEGRAL EN SALUD AL SERVICIO DE LA SEC.SALUD PRIMER Y ULTIMO PAGO DEL 1 AL 30 DE DICIEMBRE DEL 2025	
¥1§CCPET:2.3.2.02.02.009§CPC:91122§PROD:1903042§VALOR:5.652.467		
Valor Egreso: 5,652,467.00	Orden: 280	
Banco: BANCO BOGOTA	Cuenta N°: 540-04660-4	

CUENTAS CONTABLES

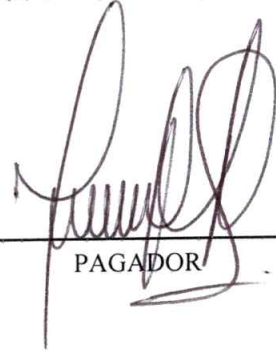
COD. CUENTA	CONCEPTO	DEBITOS	CREDITOS
1110050147	No. 540-04660-4 Fondo Salud Gobernacion	0.00	5,652,467.00
24800401	Acciones SP Honorarios	5,652,467.00	0.00
TOTALES		5,652,467.00	5,652,467.00

DISTRIBUCION PRESUPUESTAL

RUBRO	NOMBRE
05 - 2.3.19.22.1.1 94.1 - 201	2024002880094 - PLANEACION INTEGRAL EN SALUD - FORTALECIMIENTO DE LA GOBERNABIL



IRIS LEVER STEELE
TESORERA GENERAL



PAGADOR

ANEXO COMPROBANTE DE EGRESO N° 579

No Nit	Beneficiario	Valor Neto	Cheque Girado	Información bancaria beneficiario			Firma
				Cuenta	Tipo Cuenta	Entidad Bancaria	
1	1123632519 ACOSTA MARENGO YESENIA	5,652,467.00		266000288479	DE AHORROS	DAVIVIENDA	
TOTAL		5,652,467.00					

Convenciones - * REP => Cheque Anulado Por Reposición

f260

GOBERNACION DE SAN ANDRES, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

DUDA
266000288479

NIT. 892400038-2

ORDEN DE PAGO

Vigencia Fiscal 2026

Orden de Pago No. 280

Salud

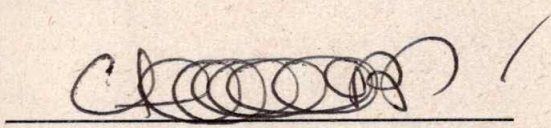
Lugar y Fecha: SAN ANDRES 4-feb.-2026
 Tipo de Orden: HONORARIOS ACCIONES DE SALUD PUBLICA
 Pagado a: ACOSTA MARENGO YESENIA Nit/C.C.: 1123632519 NO RESPONSABL
 Información Bancaria: Cuenta Bancaria N° 266070142374 - DAVIVIENDA -Ahorros
 Documento_: 01 Contrato de Prestación de Servicios 8651576
 Facturas:
 Concepto: SERVICIOS COMO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA PARA METAS EN PROCESO DE PLANEACION INTEGRAL EN SALUD AL SERVICIO DE LA SEC.SALUD PRIMER Y ULTIMO PAGO DEL 1 AL 30 DE DIC DEL 2025
 ¥1§CCPET:2.3.2.02.009§CPC:91122§PROD:1903042§VALOR:5.652.467
 Programa: SECRETARÍA DE SALUD

Registro Presupuestal: 7418 Vigencia Registro: 2025 01 Contrato de Prestación de Servicios : 8651576

Detalle Orden		Detalle Liquidación			
Imputación Presupuestal	Valor	Descripción	%	V. Base	Valor
05 -2.3.19.22.1.1.94.1 - 201	5.652.467,00				
	\$ 5.652.467,00				
					\$ 5.652.467,00

Afectación Contable			
Cuenta	Débito	Crédito	Descripción
24800401	0.00	5.652.467.00	Acciones SP Honorarios
5502057901	5.652.467.00	0.00	Honorarios-Salud publica
	5.652.467,00	5.652.467,00	


CHARLES LIVINGSTON LIVINGSTON
 SECRETARIO DE HACIENDA


ADRY CRISTINA REEVES POMARE
 CONTADOR DEPARTAMENTAL

Contabilidad

79

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación 05/04/2017	Código FO-AP-GJ-41
	CERTIFICACION PARA PAGO FINAL DE CONTRATOS Y CONVENIOS	Versión 1	Página 1 de 1

Para la realización del último pago de los Contratos y Convenios previo a la radicación de la factura o documento equivalente en el Área de Contabilidad, debe adjuntar el presente certificado donde conste que los siguientes documentos se encuentren radicados en la Oficina de Jurídica.

CONTRATO Y/O CONVENIO N°: CO1.PCCNTR.8651576 CD-SSA-5124-2025							
NOMBRE DEL CONTRATISTA Y/O CONVENIDO: YESENIA ACOSTA MARENGO							
NOMBRE DEL SUPERVISOR: YENDI KELLY FORBES							
DEPENDENCIA: SECRETARIA DE SALUD DEPARTAMENTAL							
REQUISITOS PARA PAGO FINAL							
1	Certificación de recibido a satisfacción debidamente diligenciada y firmada por el Supervisor del Contrato y/o Convenio en donde se deje constancia que en la Carpeta del Contrato y/o Convenio Reposan:	SI	NO	N.A.			
	Egresos Firmados por los Proveedores			X			
	Facturas o Documentos Equivalentes de los Proveedores			X			
	Registros Fotográficos	X					
	Registros de Video		X				
	Evidencias: Camisetas, Piezas Publicitarias, etc		X				
	Número de informes que deben reposar en el Convenio o Contrato incluido el informe final	2					
1x				INFORME FINAL X	2		
2	FACTURA O DOCUMENTO EQUIVALENTE (En el caso de factura de venta debe cumplir con los requisitos establecidos en el Art. 617 del Estatuto Tributario)	SI	NO	N.A.			
				X			
3	INFORME FINAL	SI	NO	N.A.			
	Debe Reposar en la Carpeta del Contrato y/o Convenio el Informe Final Escrito con todos los Soportes Financieros y Evidencias.	X					

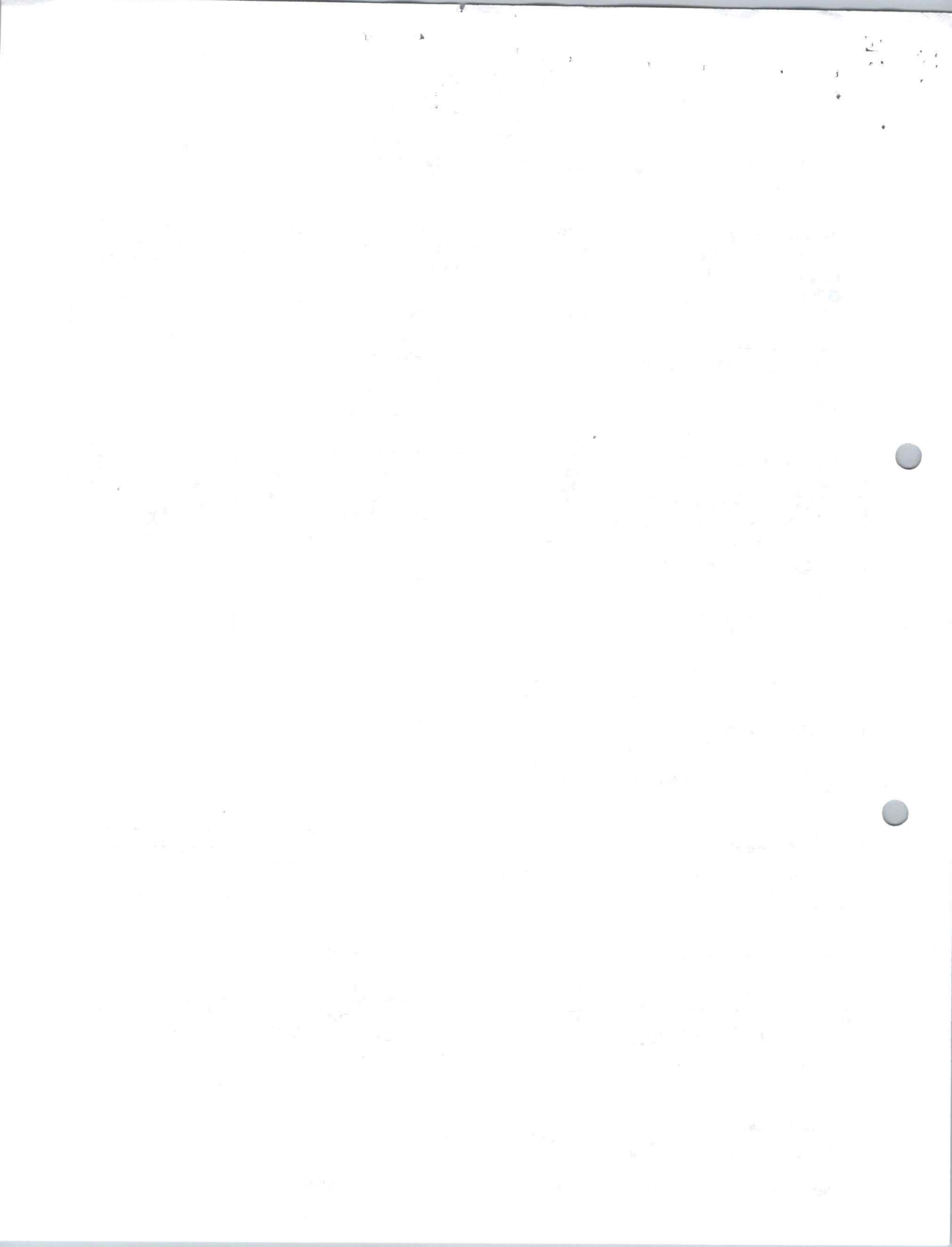
El Secretario manifiesta que todos los documentos aportados son en original y corresponden a los que deben reposar en la carpeta.

Firma Supervisor		Firma quien recibe los documentos en Jurídica	
Nombre:		Nombre:	
Cargo:		Cargo:	

TENGA EN CUENTA:

- a) Todos los documentos que se aporten deben tener óptima calidad de impresión y legibilidad.
- b) Para el pago final debe presentar este formato firmado por la Oficina de Jurídica.

Nota: La secretaria de Hacienda **NO PODRA** autorizar pagos finales sin el presente documento debidamente firmado por los que en el actúan.





Con fundamento en el certificado presentado para la evaluación de la supervisión, el suscrito supervisor certifica el cumplimiento de las obligaciones contraídas por el (Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Si, etc.) de acuerdo con la información relacionada a continuación:

1. Identificación del Contrato, Convenio, Orden de Servicio, Otro Si.	
Contratante	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTAL ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA
Representante Legal	NICOLAS GALLARDO VASQUEZ
Identificación	892400038-2
Fecha Inicio	01 DE DIC DE 2025
Número del contrato	CO1.PCCNTR.8651576 CD-SSA-5124-2025
Supervisor	YENDI KELLY FORBES
Tipo de contrato	PRESTACIÓN DE SERVICIO APOYO A LA GESTIÓN
Objeto del Contrato o Convenio	
PRESTAR LOS SERVICIOS COMO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA FORTALECER LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PROCESO DE PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD ASI COMO TAMBIEN APOYAR A LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO.	
Cumplimiento e impacto objeto del contrato.	
- El objeto del contrato se cumplió y fue verificado revisando el informe y haciendo la comparación con las actividades planteadas y programada en énfasis en la ruta integral de atención en salud en primera infancia. - Informe Final. Se deja consolidado de todas las actividades realizadas con sus respectivos soportes	
2. Plazo inicial de ejecución: 01/12/2025	
3. Prórrogas:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
4. Adiciones:	SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>
5. En caso positivo, por favor señalar los otros si suscritos con las prórrogas y/o adiciones, Ejemplo: Otro Si: Se prorroga el contrato hasta el día/mes/año Se adiciono la suma de \$	
6. Fecha de terminación 30/12/2025	
7. Valor inicial \$ 5.652.467	
8. Valor final \$ 5.652.467	
9. El contrato tuvo otras modificaciones SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
10. En caso positivo, señalar los documentos de modificación	
11. Informe sobre el desarrollo y cumplimiento de las actividades contratadas	
El desarrollo y cumplimiento de las actividades del contrato No CO1.PCCNTR.8651576 CD-SSA-5124-2025 consignadas en el informe final del contratista que reposa en los archivos de ruta de atención integral de primera infancia, Iguualmente se anexa informe y soportes respectivos. Las acciones se cumplieron en un 100% de acuerdo a lo programado en el contrato.	
Naturaleza de la Entidad contratista	Natural <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Juridica
Pólizas	N/A
Publicación	
Fecha de inicio, suspensión reinicio	01/12/2025
Fecha final	30/12/2025



**FORMATO
CERTIFICACIÓN DE SUPERVISIÓN**

Certificados	Numero	Secretaria Ejecutora	Fecha	Valor
Disponibilidad Presupuestal	6956	Secretaria de Salud	18/11/2025	\$ 5.652.467
Registro Presupuestal	7418	Secretaria de Salud	28/11/2025	\$ 5.652.467
Documentos Soportes	Informe mensual de ejecución, Recibo de Satisfacción, Copia de contrato, Cdp, Rp, Planilla de aportes, soportes fotográficos, listas de asistencia.			
Observaciones	Ninguna			

Balance Financiero					
Valor total contratado	\$ 5.652.467				
Pagos efectuados al contrato según egreso No - Dia/Mes/Año	\$	\$	\$	\$	\$ 5.652.467
Valor total ejecutado	\$	\$	\$	\$	\$ 5.652.467
Valor total pagado	\$	\$	\$	\$	\$ 5.652.467
Aporte del departamento	\$	\$	\$	\$	\$ 5.652.467
Aporte contrapartida	\$	\$	\$	\$	\$ 0
Saldo a favor	\$	\$	\$	\$	\$ 0
Saldo a liberar	\$	\$	\$	\$	0
Total ejecutado	\$	\$	\$	\$	\$ 5.652.467
Recursos No ejecutados consignados al tesoro (Si aplica)					
Rendimientos financieros consignados al tesoro (si aplica)					

Nota: Como supervisor de este contrato, certifico que he cumplido las funciones de verificación, vigilancia y control frente al cumplimiento del objeto del contrato.

Asi mismo se deja constancia que el contrato cumplió a cabalidad el objeto, que los soportes de las actividades desarrolladas se entregaron por parte del contratante en medio impreso o digital y que estas cumplieron con las calidades y cantidades exigidas en el contrato, los cuales fueron remitidos al expediente contractual.

Por lo anterior se firma a los (30) treinta días del mes de diciembre de 2025.

Nombre del Supervisor: YENDI KELLY FORBES

Cargo del Supervisor: SECRETARIA DE SALUD

Firma del Supervisor

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 27-10-2016	Código: FO-EV-MC-07
	RECIBO A SATISFACCION	Versión: 01	Página 1 de 3

LA SUSCRITA SECRETARIA SALUD DEL DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

CERTIFICA

Que recibió a satisfacción de la señora **YESENIA ACOSTA MARENGO** Identificada con cédula de ciudadanía N° **1.123.632.519**, las Obligaciones Específicas establecidas en Contrato de Prestación de Servicio **CO1.PCCNTR.8651576** del 2025, del Proceso Contractual No. **CD-SSA-5124-2025** Para efectos del pago correspondiente a un mes de servicio, suministro la siguiente información:

1. Información del Contrato

Objeto	PRESTAR LOS SERVICIOS COMO ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA PARA FORTALECER LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PROCESO DE PLANEACIÓN INTEGRAL EN SALUD ASI COMO TAMBIEN APOYAR A LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO.
Periodo Certificado	1 DE DICIEMBRE 2025 - 30 DE DIC DE 2025
Informe Número	1
Fecha de Suscripción del contrato	28- 11 - 2025
Fecha de Inicio	01- 12 - 2025
Plazo inicial del Contrato	UN (1) MES
Valor Inicial del Contrato	\$ 5.652.467
Forma y Condiciones de Pago	La gobernación realizará el pago del valor del contrato en una (01) cuota mensual por valor de cinco millones seiscientos cincuenta y dos mil cuatrocientos sesenta y siete pesos (\$5.652.467) m/cte. El pago se realizará mes vencido previa certificación del supervisor de la prestación del servicio, la realización de los pagos de seguridad social y las estampillas e impuestos a que haya lugar
CDP (Certificado De Disponibilidad Presupuestal) No.	6956 - 18 DE NOV - 2025
Rp (Registro Presupuestal) No.	7418 - 28 DE NOV - 2025
VALOR A PAGAR	\$ 5.652.467
Dirección del Contratista	BARRIO CAMPO HERMOSO
Correo Electrónico del Contratista	jese.acosta09@gmail.com
Nombre del Supervisor	YENDI KELLY FORBES
MODIFICACIONES AL CONTRATO	
Modificadorio No:	N/A
Tipo de Modificadorio	N/A

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 27-10-2016	Código: FO-EV-MC-07
	RECIBO A SATISFACCION	Versión: 01	Página 2 de 3

Fecha	N/A
Cláusula Modificada	N/A
Resumen del Modificadorio	N/A
Valor final (+ Modificadorio)	N/A
Plazo de Ejecución Final (+ Modificadorio)	N/A

2. Garantías

¿Al contrato se le exigió pólizas? SI NO (Si la respuesta es No pase al numeral 3)

2.1. Las obligaciones contractuales se respaldan con la siguiente póliza:

Póliza No. _____ de fecha _____, expedida por _____ y aprobada mediante Resolución No. _____ de fecha _____ que cubre los siguientes amparos, así:

RIESGO ASEGURADO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO

2.2. Modificaciones de Póliza: APLICA NO APLICA

RIESGO ASEGURADO	VIGENCIA DESDE	VIGENCIA HASTA	VALOR ASEGURADO

3. Cumplimiento de Obligaciones al Sistema de Seguridad Social y Parafiscales

El contratista manifiesta bajo la gravedad de juramento que se encuentra dando estricto cumplimiento a la obligación consagrada en el artículo 50 de la ley 789 de 2002, el parágrafo 2 del artículo 1 de la ley 828 de 2003, en concordancia con el artículo 23 de la ley 1150 de 2007, Decreto 0723 de 2013, Decreto 2353 de 2015, Decreto 780 de 2016, Decreto 1273 de 2018 y demás normas reglamentarias y complementarias vigentes durante la ejecución del presente contrato, se verificó y certifico que el Contratista cumple con las obligaciones frente al sistema de seguridad social integral, parafiscales (cajas de compensación familiar, Sena e Instituto Colombiano de Bienestar Familiar- cuando aplique) y se anexa para tal fin, las planillas soportes del cumplimiento por parte del contratista.

FECHA DE PAGO	NÚMERO DE PLANILLA	HONORARIOS MENSUALES	INGRESO BASE COTIZACIÓN (40%)	SISTEMA DE SALUD (12,5%)	SISTEMA DE PENSIÓN (16%)	ARL

	GOBERNACIÓN DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS, PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA	Fecha de Aprobación: 27-10-2016	Código: FO-EV-MC-07
	RECIBO A SATISFACCION	Versión: 01	Página 3 de 3

--	--	--	--	--	--	--

4. Cumplimiento de Ejecución Presupuestal

Valor Total de los pagos realizados a la fecha (\$)	%
\$ 0	0%

5. Observaciones

--

6. Anexos

ANEXO	No. FOLIOS
Certificado de afiliación	1

De conformidad a lo antes expuesto y para constancia se firma en San Andrés Isla, a los 30 de diciembre de 2025


YENDI KELLY FORBES
Secretaria de Salud

Proyecto: Gina Manuel
Reviso: Yendy Kelly Forbes
Archivo: Yesenia Acosta M.

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 **Yesenia Acosta Marengo**, identificado(a) con CC número 1123632519, está registrado(a) en el POS DE EPS SANITAS con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1123632519
NOMBRES Y APELLIDOS	Yesenia Acosta Marengo
TIPO DE AFILIADO	Titular
PARENTESCO	Titular
FECHA DE NACIMIENTO	13/09/1994
ESTADO DE LA AFILIACIÓN	0 Tiene Derecho A Cobertura Integral
CAUSA ESTADO DE AFILIACIÓN	10 - Cobertura Integral
FECHA DE INGRESO A EPS SANITAS	01/10/2017
FECHA DE RETIRO LABORAL / EPS SANITAS	Activo(a)
SEMANAS COTIZADAS EN EPS SANITAS	157 semanas
SEMANAS COTIZADAS EN OTRA EPS	Sin semanas reportadas en EPS SANITAS
SEMANAS COTIZADAS EN ÚLTIMO AÑO	51 semanas
RÉGIMEN	Contributivo
FECHA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN	01/10/2018
NIVEL SISBEN	2
EMPLEADOR(ES)*	

CEDULA DE CIUDADANIA 1123632519 Trabajador Independiente
Desde 02/12/2025 - Vigente N.I.T. 860051853 FUND UNIV DE
CIENCIAS DE LA SALUD Desde 01/08/2022 Hasta
31/10/2025 CEDULA DE CIUDADANIA 1123632519 YESENIA
ACOSTA MARENGO Desde 04/06/2025 Hasta
30/09/2025 CEDULA DE CIUDADANIA 1123632519 YESENIA
ACOSTA MARENGO Desde 21/01/2025 Hasta 31/01/2025

1177

DECLARATION OF AFRICA, ASIA, EUROPE, OCEANIA, SOUTH AMERICA

THESE STATES ARE INCLUDED IN THE LIST OF STATES WHICH ARE NOT PART OF THE AFRICA, ASIA, EUROPE, OCEANIA, SOUTH AMERICA

STATE

The following states are included in the list of states which are not part of the Africa, Asia, Europe, Oceania, South America

AFRICA
ASIA
EUROPE
OCEANIA
SOUTH AMERICA

AFRICA
ASIA
EUROPE
OCEANIA
SOUTH AMERICA

AFRICA
ASIA
EUROPE
OCEANIA
SOUTH AMERICA

1177

DECLARATION OF AFRICA, ASIA, EUROPE, OCEANIA, SOUTH AMERICA

THESE STATES ARE INCLUDED IN THE LIST OF STATES WHICH ARE NOT PART OF THE AFRICA, ASIA, EUROPE, OCEANIA, SOUTH AMERICA



GOBERNACIÓN
DEPARTAMENTO ARCHIPIÉLAGO DE SAN ANDRÉS,
PROVIDENCIA Y SANTA CATALINA

Fecha de
Aprobación:
28-02-2017

Código:
FO-AP-GJ-38

ACTA DE INICIO CONTRATO

Versión: 0

Página: 1 de 1

ACTA DE INICIO

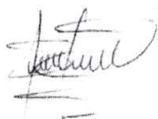
FECHA DE INICIO	1 de diciembre de 2025	NÚMERO DEL CONTRATO	CO1.PCCNTR.8651576 CD-SSA-5124-2025	
OBJETO CONTRACTUAL				
PRESTAR LOS SERVICIOS COMO ESPECIALISTA EN PEDIATRIA PARA FORTALECER LAS METAS ESTABLECIDAS EN EL PROCESO DE PLANEACION INTEGRAL EN SALUD ASI COMO TAMBIEN APOYAR A LOS DIVERSOS PROGRAMAS DE LA SECRETARÍA DE SALUD DEL DEPARTAMENTO.				
CONTRATISTA	IDENTIFICACIÓN	REPRESENTANTE LEGAL (persona jurídica)		
YESENIA ACOSTA MARENGO	1.123.632.519	N/A		
GARANTÍA				
NUMERO DE POLIZA	ASEGURADORA	RESOLUCIÓN DE APROBACIÓN DE POLIZA		
NA	NA	NA		
SUPERVISIÓN	DEPENDENCIA	NOMBRE DEL FUNCIONARIO		
	SECRETARÍA DE SALUD DEPARTAMENTAL	YENDI SHANDIRA KELLY FORBES		
PLAZO DE EJECUCIÓN	CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD- CDP	REGISTRO PRESUPUESTAL		
Un (01) mes	6956 del 18 de noviembre de 2025	7418 del 28 de noviembre de 2025		
VALOR DEL CONTRATO (letras y números)	CINCO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$5.652.467) M/CTE.			
FORMA DE PAGO	ANTICIPO	SI	NO X	PORCENTAJE
	PAGO ANTICIPADO	SI	NO X	
	Saldo restante			
	LA GOBERNACIÓN realizará el pago del valor del contrato en una (01) cuota mensual por valor de CINCO MILLONES SEISCIENTOS CINCUENTA Y DOS MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y SIETE PESOS (\$5.652.467) M/CTE. El pago se realizará mes vencido previa certificación del Supervisor de la prestación del servicio, la realización de los pagos de seguridad social y las estampillas e impuestos a que haya lugar.			
OBSERVACIONES				
FIRMAS				
Contratista	Jefe de oficina responsable	Funcionario de planta para apoyo de la supervisión		
Yesenia Acosta	[Signature]	[Signature]		

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **YESENIA ACOSTA MARENGO** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1123632519**, se encuentra afiliado/a desde **01/06/2018** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 17 de diciembre de 2025.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.



DAVIVIENDA

CERTIFICADO

03/12/2025

**BOTTOM HOUSE,
ARCHIPIELAGO
DE SAN ANDRES,
PROVIDENCIA Y
STA CATALINA,
COLOMBIA,
A quién interese**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor YESENIA ACOSTA MARENGO**
con **Cédula de Ciudadanía número 1123632519**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número

266000288479

Fecha de apertura

18/10/2017

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Bogotá, 16 de diciembre de 2025

CERTIFICACIÓN:

Por medio de la presente hacemos constar que YESENIA , ACOSTA MARENGO con CC 1123632519, está afiliado(a) al Sistema General de Riesgos Laborales a través de la empresa GOBERNACION DEPARTAMENTO ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRES PROVIDEN con NI 892400038 conforme a lo dispuesto en la Ley 100 de 1993 y sus normas concordantes.

Número de póliza: 1607
Fecha inicio: 17 de diciembre de 2025
Tipo de afiliado: Independiente
Código actividad: 3722001
Clase de riesgo: III
Tasa: 2,436 %

Si desea confirmar la validez de este certificado, puede hacerlo a través de nuestra línea de atención 601 7398939 en Bogotá y 018000931011 a nivel nacional.

Atentamente,



Director de Operaciones

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA

Servicio al cliente

Línea en Bogotá: 601-7398939 - Línea a nivel nacional: 018000931011
www.colsanitasseguros.com - Calle 100 #11B-67 Bogotá



Defensoría del Consumidor Financiero

Camilo A. Ustáriz (defensor principal) / Camilo A. Carreño (defensor suplente)

Carrera 10 # 97A - 13, c/c 502, Bogotá D.C. - Tel: 601 810 8164 Lun-Vier 8:00 a.m. a 6:00 p.m. - Correo electrónico: defensor@colsanitasseguros.com / legal@colic.com

Bogotá, 17 de diciembre de 2022

CERTIFICACIÓN:

Por medio de la presente hacemos constar que YVETIA ACOSTA MARENGO con CC 11388771, está afiliada al Sistema General de Riesgos Laborales a través de la empresa COOPERACION DEPARTAMENTAL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDER con NI 83240033 conforme a lo dispuesto en el Ley 108 de 2008 y sus normas concordantes.

Número de póliza: 1807

Fecha inicio: 17 de diciembre de 2022

Tipo de afiliación: Independiente

Código actividad: 312001

Clase de riesgo: III

Tasa: 2.438%

Si desea confirmar la validez de esta certificación, puede hacerlo a través de nuestra línea de atención al cliente (800 901 1807) o en la sede de COOPERACION DEPARTAMENTAL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDER.

Atentamente,

Director de Operaciones

COOPERACION DEPARTAMENTAL ARCHIPIELAGO DE SAN ANDRÉS PROVIDER