Nilo, Cundinamarca, FEBRERO 20 del 2026

Señores
DISPENSARIO MEDICO DE TOLEMAIDA
Nilo, Cundinamarca

Asunto: Certificado de Pago de Aportes.

Respetados Señores

Yo, **ERIKA MAYERLY POSADA RODRIGUEZ** identificada con C.C. **1.005.855.034** de **MELGAR**, Auxiliar en Enfermería, bajo la gravedad de juramento certifico la afiliación al sistema
General de **SALUD, PENSION, Y RIESGOS LABORALES** correspondientes al mes de **FEBRERO** del **2026.**

Dando así cumplimiento al Decreto No. 1273 del 20 de Julio de 2018.

Atentamente

Erika M. Posada

ERIKA MAYERLY POSADA RODRIGUEZ
C.C. 1.005.855.034 **DE MELGAR**.