2026 07 17 1,492,500

CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE

UN MILLON CUATROCIENTOS NOVENTA Y DOS MIL QUINIENTOS

CRS-110

Sistemas CitiSalud SAS

HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
Nit: 860020094

COMPROBANTE DE EGRESO NO: 37227

Beneficiario: 1032450697 - CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE

Cuenta bancaria beneficiario: 008600775111

DETALLE DE LA CAUSACION

Num Doc	Descripción	Prefijo	Fecha	ValorTotal
41086	SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1010-2025 / ABRIL 21/07 MAYO 2026	MAYO - 5	17/07/2026 00:00:00	1,500,000
			Total:	**1,500,000**

DETALLE RETENCIONES

Concepto	DesConcepto	Base Retención	%	Valor
1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000	1500000		7,500
			Total:	**7,500**

DETALLE CONTABILIDAD

Cuenta	Descripción	Débito	Crédito
11100653	DAVIVIENDA CTA 4759-0010-6539 EBS RESOL 1010	0	1,492,500
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS	1,492,500	0
	Total:	**1,492,500**	**1,492,500**

DETALLE PRESUPUESTO

Ciro	Compromiso	Contrato	CRP	CDP	Rubro	Descripción	Valor
14	1095	110	149	131	2.4.5.02.09.04	CONVENIO - EQUIPOS MEDICOS	1,500,000
						Total:	**1,500,000**

DETALLE DEL EGRESO

PAGO SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1010-2025 / ABRIL 21/07 MAYO 2026

E.S.E. HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN TESORERÍA EL COLEGIO, CUND.

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

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	110
CONTRATISTA	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA
IDENTIFICACION:	1.032.450.697
FECHA DE SUSCRIPCION:	20/02/2026
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD, EN ÁREA RURAL 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
VALOR INICIAL DEL CONTRATO:	$ 7.500.000
PLAZO INICIAL:	2 MESES Y 15 DIAS
FECHA DE INICIO:	23/02/2026
FECHA DE TERMINACION INICIAL:	7/05/2026
TIEMPO DE PRORROGA	
ADICION EN VALOR	
FECHA TERMINACION:	

MES PAGADO	
MARZO	10-abr-26

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
ABRIL 21-07 MAYO

|Que razon a dicha ejecucion,el valor correspondientea pagar es de **UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS $ (1,500,000)**

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 JULIO 2026

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: 41086

Tercero: 1032450697 - 0 - CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE
Autorretenedor: NO
Contribuyente: NO
I.C.A: ACTIVIDAD SERVICIOS 5 X MIL
Factura: 5
Prefijo: MAYO
Fecha Factura: 17/07/2026
Fecha Vence: 17/08/2026
Regimen: Comun
No. Contrato: 110
Fecha: 17/07/2026

Descripción: SERV AUXILIAR ENFERMERIA RESOLUCION 1010-2025 / ABRIL 21/07 MAYO 2026
Valor en Letras: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE

CONCEPTOS

TTercero	DesTTercero	Concept	Descripción CXP	Iva	Descripción IVA	Valor
		1892	24362707 ACT SERVICIOS 5 X 1000			7,500
		582	73130201 REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS - PYP			1,500,000
65	24255301 SERVICIOS - REMU. SERVICIOS TECNICOS					1,492,500

DETALLE CONTABLE

Cuenta	DesCuenta	Lugar	UFuncional	CCostos	Nit	Debito	Credito
73130201	REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS - SERVICIOS	01	01	010101	1032450697	1,500,000	0
24362707	RETENCIÓN DE IMPUESTO DE INDUSTRIA Y COMERCIO POR COMPRAS 5 x mil				1032450697	0	7,500
24905501	SERVICIOS - REMUNERACIÓN DE SERVICIOS TÉCNICOS				1032450697	0	1,492,500
					Total:	**1,500,000**	**1,500,000**

Cancelado: 0
Saldo Actual: 1,492,500

DETALLE PRESUPUESTAL

Disponibilidad	Registro	Obligacion	Lugar	Rubro	Descripción	Valor
99 - 131	91 - 149	83 - 1095	01	2.4.5.02.09.04	CONVENIO - EQUIPOS MEDICOS	1,500,000
					Total:	**1,500,000**

Elaboró:

Presupuesto

Contador

Gerente

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

DEBE A:
LEIDY MILENA KATHERINECUERVO ACOSTA
C.C. 1.032.450.697 DE BOGOTA

LA SUMA DE: UN MILLON QUINIENTOS MIL PESOS M/C ($ 1.500.000)

PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERIA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD, EN ÁREA RURAL 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 SEGÚN RESOLUCION 1010.

LUGAR Y/O CENTRO DE SALUD	UNIDAD FUNCIONAL	CENTRO DE COSTOS	%	VALOR
HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO CUNDINAMARCA	SERVICIOS AMBULATORIOS EXTRAMURALES-EBS	AMBULATORIOS-EXTRAMURALES	100%	$1.500.000
		TOTAL	100%	$ 1.500.000

CONTRATO N°	N° DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL	N° PRESUPUESTAL REGISTRO
110	131	149

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.

LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA
C.C. 1.032.450.697 DE BOGOTA
CEL. 3232899725

INFORME DE PAGO – CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

ESE HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN DE EL COLEGIO

INFORMACIÓN BÁSICA

PERIODO DEL INFORME	ABRIL 21 A MAYO 07 DE 2026			CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No.	110-2026		
NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA			C.C. No.	1.032.450.697		
OBJETO:	PRESTAR SERVICIOS DE SALUD COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA PARA REALIZAR ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD, EN ÁREA RURAL DEL MUNICIPIO DE EL COLEGIO- CUNDINAMARCA, 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 RESOLUCIÓN 1010 DEL 23 DE MAYO DE 2025.						
Informe No:	03			Fecha:	JULIO 2026		
Iniciación:	23/02/2026	Plazo Inicial:	2 mes y 15 Días.	Prorroga:		Fecha Final	
Finalización:	07/05/2026						

REGISTRO PRESUPUESTAL AFECTADO

No DISPONIBILIDAD	VALOR	No REGISTRO PRESUPUESTAL	VALOR
131	$ 7.500.000	149	$ 7.500.000

ESTADO FINANCIERO DEL CONTRATO

Valor total Del Contrato	$ 7.500.000	Valor Cobrado:	$ 1.500.000
		Valor Giros Efectuados	$ 6.000.000

ADICIÓN PRORROGA

Fecha de Inicio:		Fecha de Terminación	
Valor Adición:			
% Ejecución del contrato	100%	%Ejecución Financiera	80%

	ACTIVIDADES	CUMPLE	
		SI	NO
1	Brindar una atención en salud humanizada, centrada en la persona y su dignidad, garantizando un trato amable, respetuoso y libre de estigmas o discriminación hacia el usuario y su familia. Esta actividad implica el uso de un lenguaje claro y comprensible (comunicación asertiva), el respeto por la autonomía y la privacidad del paciente; la escucha activa de sus necesidades y la implementación de acciones que aseguren la confidencialidad de la información y el confort durante la atención en el entorno hogar.	X	

	y la implementación de acciones que aseguren la confidencialidad de la información y el confort durante la atención en el entorno hogar.		
2	Representar dignamente a la E.S.E. Hospital nuestra señora del Carmen de El Colegio, en todos los escenarios territoriales, actuando como enlace oficial entre la institución y la comunidad. Esta labor debe ejercerse bajo los principios de calidad técnica y calidez humana, manteniendo una conducta ética, el uso adecuado del uniforme y los distintivos institucionales, promoviendo una imagen de confianza, transparencia y compromiso social.	X	
3	Participar activamente en la elaboración del mapeo y la cartografía social de los micros territorios asignados en conjunto con el equipo interdisciplinario, integrando el análisis de los determinantes sociales y riesgos epidemiológicos para la toma de decisiones en salud y la priorización de las intervenciones del EBS.	X	
4	Realizar visitas domiciliarias de carácter integral en los micro territorios asignados del área rural de El Colegio, con el fin de ejecutar la caracterización efectiva al 100% de familias, actualización de datos y seguimiento nominal de todos los integrantes del núcleo familiar, aplicando los instrumentos técnicos definidos por el Ministerio de Salud para establecer el nivel de riesgo (individual, familiar y comunitario) y garantizar su canalización efectiva a las Rutas Integrales de Atención en Salud(RIAS).	X	
5	Realizar la canalización efectiva y el seguimiento nominal de los integrantes de las familias caracterizadas que presenten riesgos en salud o inasistencia a las Rutas Integrales de Atención (RIAS), garantizando su vinculación a los servicios de salud, y el cierre de brechas de atención en el micro territorio asignado.	X	
6	Remitir las canalizaciones que se generen desde el micro territorio asignado de manera diaria al gestor comunitario en casos de otro nivel de atención en salud y/o sociales	X	
7	Desarrollar acciones de educación y comunicación para la salud de manera individual y familiar, orientadas al fortalecimiento de capacidades de autocuidado, identificación de signos de alarma (especialmente en gestantes y menores de 5 años) y fomento de estilos de vida saludables, de acuerdo con los hallazgos de riesgo identificados en la caracterización y los lineamientos de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS)	X	

8	Realizar la canalización efectiva y el seguimiento nominal de las personas en los cursos de vida juventud, adultez y vejez que, tras el tamizaje (Tensión Arterial, Findris o Framingham), presenten riesgo cardiovascular moderado o alto, asegurando su ingreso formal al programa de Gestión del Riesgo.	X	
9	Identificar y canalizar de manera efectiva a las mujeres mayores de 25 años residentes en el micro territorio asignado, para la realización de las pruebas de tamización de Cáncer de Cuello Uterino (Citología vaginal o ADNVPH según el esquema de edad de la Resolución 3280), realizando el seguimiento nominal hasta garantizar la toma del examen	X	
10	Identificar, canalizar y educar de manera efectiva a las mujeres mayores de 50 años en el micro territorio asignado para la realización de la Mamografía de tamización (cada 2 años), y realizar educación en el autoexamen de mama y examen clínico de mama a partir de los 40 años, garantizando el acceso a los servicios.	X	
11	Realizar la captación y canalización efectiva de **hombres y mujeres entre los 50 y 75 años** para la tamización de cáncer de colon y recto mediante la prueba de sangre oculta en materia fecal (SOHi), brindando la educación necesaria sobre la recolección de la muestra y garantizando su entrega en el laboratorio.	X	
12	Identificar y canalizar de manera efectiva a la población masculina mayor de 50 años residente en el micro territorio para la tamización de Cáncer de Próstata (Antígeno Prostático PSA y Tacto Rectal).	X	
13	Identificar y reportar de manera oportuna las situaciones de interés en salud pública, garantizando la articulación con la red de vigilancia comunitaria para el fortalecimiento de la detección temprana, el análisis de riesgo y el seguimiento de los eventos que puedan afectar la salud de la población.	X	
14	Identificar a la población en general, según grupo etario, y canalizar efectivamente a los servicios de vacunación para el cumplimiento del Programa Ampliado de Inmunizaciones y complementario, que incluya seguimiento y verificación a la aplicación de esquemas de vacunación completos	X	
15	Realizar caracterización, canalización, gestión y seguimiento al 100% de las personas gestantes y puérperas presentes en el micro territorio asignado.	X	
16	Realizar caracterización, en el entorno hogar a través de la ficha AIEPI Comunitario a la población del micro territorio asignado de infancia y primera infancia, realizando canalización y seguimiento de acuerdo al riesgo identificado. (desde el primer día	X	

	de nacido hasta los 11 años 11meses y 29 días).		
17	Identificar y canalizar de manera efectiva a mujeres en edad fértil (MEF) hacia los programas de Planificación Familiar y Consulta Preconcepcional, asegurando la preparación óptima para la gestación, con el fin de reducir la mortalidad materna y perinatal.	X	
18	Identificar y canalizar de manera efectiva a la población adolescente (12 a 17 años) y joven (18 a 28 años) del micro territorio asignado, hacia las Atenciones Integrales de Salud según la Resolución 3280 de 2018, garantizando la aplicación de tamizajes obligatorios y la orientación en salud sexual, salud mental y prevención de consumo de sustancias psicoactivas		
19	Apoyar de manera oportuna las acciones de búsqueda activa comunitaria, institucional o de cercos epidemiológicos ante la presencia de brotes, conglomerados o eventos de interés en salud pública que se presenten en el Municipio de El Colegio, siguiendo los lineamientos de la oficina de vigilancia epidemiológica de la E.S.E. para el control de la transmisión y mitigación de riesgos.	X	
20	Realizar la búsqueda activa y canalización efectiva de Sintomáticos Respiratorios (SR) a través de la aplicación de encuestas de detección en los hogares, con especial énfasis en los contactos de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis (especialmente menores de 5 años) y población vulnerable.	X	
21	Ejecutar las obligaciones contractuales con autonomía técnica y administrativa, bajo los lineamientos de la Resolución 1010 de 2025, adaptando la programación de las intervenciones a la disponibilidad de la población rural de El Colegio. Para asegurar la captación efectiva, el cumplimiento de las metas de caracterización y los tamizajes, el contratista organizará su cronograma de actividades de manera flexible y concertada, garantizando la cobertura al 100% de los micro territorios y la resolutividad de las acciones, bajo la coordinación del supervisor del contrato.	X	
22	Presentar reportes semanales de avance, consolidando el estado de cumplimiento de las metas nominales y los hallazgos críticos del micro territorio. Este reporte servirá como instrumento de monitoreo para la toma de decisiones oportunas, la gestión de alertas tempranas en salud y la optimización de la intervención del Equipo Básico de Salud	X	
23	**Garantizar la custodia, el cuidado técnico y el uso racional de los equipos biomédicos**, dispositivos, insumos y papelería institucional asignados para el desarrollo de las actividades en el micro territorio. El contratista es responsable de	X	

	asegurar que los elementos bajo su cuidado se mantengan en óptimas condiciones, reportando de manera inmediata cualquier novedad a la supervisión		
24	Participar en las jornadas de salud y estrategias extramurales programadas, realizando la demanda inducida efectiva mediante la captación casa a casa o en puntos de concentración, asegurando el flujo de usuarios hacia los servicios de vacunación, medicina, psicología y enfermería. Así mismo, deber liderar y desarrollar acciones de **educación para la salud** durante el evento, utilizando material pedagógico para orientar a los asistentes en la identificación de riesgos y el fomento de estilos de vida saludables, garantizando el registro oportuno de estas intervenciones.	X	

PRODUCTOS ESPERADOS	PROGRAMADOS	REALIZADOS
Se dio cumplimiento a 24 actividades específicas descritas en el contrato.	24	24

	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 **CLAUDIA LILIANA PEDRAZA LARA** 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 **LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA** documentos soporte para el pago de aportes a Salud, Pensión y ARL.

Anexo planilla No. 80003005 Del pago de seguridad social correspondiente al mes de ABRIL de 2026
Anexo planilla No. 88299319 Del pago de seguridad social correspondiente al mes de MAYO de 2026.

FIRMA COORDINADOR ÁREA

V°B° COORDINADOR DE ÁREA

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032450697	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA	CLL 42 S SUR #,74 - 94	2647952	leidcita-333@hotmail.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)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72570685	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$576.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	216.900	0		0		0	0	0	0	216.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	216.900	216.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1032450697	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA		CLL 42 S SUR # 74 - 94	2647952	leidicta-333@hotmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		72570685	10/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-03	2026-03	I	$1,750,905	$578,900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE							INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN							SALUD				RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombia	Extranjero	Extranjero sin cédula	Colombia en el exterior	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	DIA COTIZADOS	Cód. AFP	ISC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	ISC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	ISC ARL	Días	Días de Riesgo	Cotización	Código CCF	ISC CCF	Días	Aporte CCF	ISC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1032450697	CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE	SI	0		N																30	25-14	1.750.905	30	260.200	0	0	0	0	EPS009	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NUMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCION	TELEFONO	CORREO		EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032450897	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA	CLL 42 S SUR # 74 - 94	2647852	loidicta-333@hotmail.com		
FORMA PRESENTACION	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CODIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
UNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTA, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NUMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		68299319	12/06/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSION	TIPO PLANILLA	TOTAL NOMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-05	2026-05	I	$1,760,905	$576,900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
25-14	Colpensiones	800338004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	830003700-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	576.900	576.900

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	
CC	1032450697	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA		CLL 42 S SUR # 74 - 94	2647852	leidicita-333@hotmail.com	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		88209319	12/06/2020	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2020-05	2020-05	I	$1,750,905	$576,900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES													PENSIÓN						SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES				
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colombiano	Extranjero	Colombiano en el Exterior	Cotizante Dependiente	Cotizante Independiente	IGE	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1032450697	CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE	96	0	-	-	1																25-16	1.750.905	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	218.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	35.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE							
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032450697	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA		CLL 42 S SUR # 74 - 04	2647952	leidcita-333@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80003005	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$1.750.905	$578.900	

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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	800903790-5	42.700				42.700	0	0	42.700			427	42.700	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	35.100	0	0	35.100	1

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, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	42.700	42.700
CCF	1	35.100	35.100
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	4	578.900	578.900

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1032450697	LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA		CLL 42 6 SUR # 74 - 94	2647952	leidicita-333@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA

PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		80003005	06/05/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	$1.750.905	$576.900	

DETALLE POR COTIZANTE

No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Colmena	Subtipo	Extranjero	Cotiza Alto Riesgo	Cumplido	INFORMACIÓN NOVEDADES																				PENSIÓN								SALUD						RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES				
								VSP	IGE	LMA	VAC	SLN	IGE	LMA	VAC	SLN	IRP	AVP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	SLN	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1032450697	CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE	59	16		N																					23-14	1.750.905	30	250.200	0	0	0	0	EPS008	1.750.905	30	216.900	14-11	1.750.905	30	3	42.700	CCF24	1.750.905	30	33.100	0	0	0	0	0

PAGADA

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

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141209560941

(415)7707212489984(8020) 000014120956094 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 3 2 4 5 0 6 9 7	0	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 3 2 4 5 0 6 9 7

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Bogotá, D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CUERVO	ACOSTA	LEIDY	MILENA KATHERINE

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Bogotá D.C. 1 1	Bogotá, D.C. 0 0 1

41. Dirección principal: CL 42 C SUR 7494

42. Correo electrónico: leidymilenakatherine@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
1 1 0 8 4 1	6 0 1 4 6 2 3 9 3 7	3 2 3 2 8 9 9 7 2 5

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	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 4 9 0	2 0 2 0 0 7 1 5	8 6 9 2	2 0 2 0 0 7 1 5				

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

49 - No responsable de IVA

Usuarios aduaneros	Exportadores
54. Código	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 Único 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 61. Fecha: 2025-09-22 / 11:30:30AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único 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: CUERVO ACOSTA LEIDY MILENA KATHERINE

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Junio 22 de 2026

E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen del Colegio
Nit: 860020094-8
Municipio de El Colegio – Cundinamarca

CERTIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

La suscrita, **MÓNICA ESPERANZA LOZANO MURCIA** , en calidad de **Profesional de Enfermería EBS # 2** 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°3**, dentro del periodo 21 de Abril de 2026 al 07 de mayo de 2026, alcanzando un **100% de cumplimiento** en la ejecución, reporte y documentación de las acciones programadas según lineamientos establecidos.

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

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

PERFIL	NÚMERO DE CONTRATO	% CUMPLIMIENTO DE LA ENTREGA #3
Mónica lozano	105	100%
Leidy cuervo	110	100%
Daniela coronado	111	100%
Dayana nieto	109	100%
Victoria Ruiz	108	100%
Liliana Ramírez	104	100%
Leidy trujillo	106	100%
Andres Felipe marroquin	107	100%

Se expide la presente certificación a solicitud del interesado y para los fines que estime convenientes, en El Colegio, a los 22 días del mes de junio de 2026.

Cordialmente,

MÓNICA ESPERANZA LOZANO MURCIA
Enfermera profesional EBS #2
E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen del Colegio

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

EL COLEGIO,
CUNDINAMARCA,
COLOMBIA,
A quién interese

17/06/2026

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor LEIDY MILENA KATHERINE CUERVO ACOSTA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1032450697**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**008600775111**
Fecha de apertura	**06/12/2016**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

	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: Leidy Milena Katherine Cuervo
Proceso: Equipos Basicos
Contrato N° 110-2026
Nombre del Líder de Proceso: Claudia Pedraza
Área:

Sede: E.S.E. Nuestra señora del Carmen

Yo Claudia Pedraza **con CC**39158392, **líder del proceso**_____
Certifico que el contratista, antes mencionado entrego el 100% de las actividades relacionadas en el estudio previo del contrato y a su vez hace entrega oficial del informe final , lo cual es un requisito indispensable para realizar el pago contractual.
Firma Líder de Area (1)

3. DESCRIPCIÓN DE LA ENTREGA

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

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

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

4. Relacione y entregue los elementos asignados

En caso de ser brigadista entrega dotación: Chaleco____ canguro _____ guantes_____

Gerencia(7)	Subgerencia (6)
Nombre:	Nombre:
Firma:	Firma:
Talento Humano(5)	**Sistemas(2)**
Nombre:	Nombre: Nicolás Rodriguez.
	Firma: Nicolás Rodriguez.
Almacen/Inventerios(3)	**Calidad (4)**
Nombre: Roxana Rodriguez	Nombre:
Firma: Roxana Rodriguez	Firma:

Entrega carnet si____ No____

4. OBSERVACIONES

La presente Acta se firma a los 16 días del mes de Junio del año 2026, por las personas que en ella intervinieron.

Leidy Cuervo	
Contratista que entrega actividades	Contratista que recibe

DAVIVIENDA

Comprobante de Pago

Datos del Proceso de Pago

Nombre Empresa	HOSPITAL NTRA SRA DEL CARMEN
Nombre Proceso	PAGO EBS RESOL 1010
Fecha Pago	17/07/2026
Hora Pago	19:17

Detalle Proceso de Pago

Nit Destino	1032450697	**Referencia**	0000000000000000
Nombre			
No. Producto o Servicio Destino	XXXXXXXXXXXX5111	**Banco**	DAVIVIENDA
Valor	$ 1.492.500,00	**Estado**	Pago Exitoso

© 2026 Davivienda. Todos los derechos reservados.
Portal Empresarial