ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO
N.I.T.: 807008824
DIRECCIÓN: KDX HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL MIRAFLORES
GRAMALOTE NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

COMPROBANTE DE EGRESO : CE-9064
FECHA DOCUMENTO : 21/10/2025

PAGADO A: MEDINA RODRIGUEZ ANDREINA BELEN - 1093886264

LA SUMA DE: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL COP M/L

CONCEPTO: PAGO 4/5 26/AGST AL 25/SEPT/2025 S/C 475 PREST-SERV-AUXILIAR ENFERMERIA DE APOYO PARA LA EJECUCION DE CONCURRENCIA EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE NUTRICION IPS SAN CAYETANO QUE FORMAN PARTE DE

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	DOCUMENTO	VALOR APLICADO	DESCUENTO
249055.01	Servicios	DSE 3067	2,200,000.00	
240722.01	Estampilla Hospital Erasmo Meoz 2%			44,000.00
			2,200,000.00	44,000.00

CUENTA	FORMA DE PAGO		VALOR PAGADO
111006.07	BANCO BBVA CA#200000058 PIC	DSE 3067	2,156,000.00

ELABORADO POR	AUTORIZADO POR	FIRMA BENEFICIARIO
TESORERO	GERENTE	C. C. o NIT Nº

PAGADO POR TRANSFERENCIA

Gramalote, 17 de octubre de 2.025.

Señora:
GLADYS YANETH CORREDOR BLANCO.
Coordinadora de Presupuesto.

REF: SOLICITUD DEFINITIVA DE PAGO N. 174

Solicitud de Definitiva de Pago

Atentamente solicito a Usted Definitiva de Pago, Contra RP No. 625 de mayo 26 de 2.025, para cubrir el siguiente compromiso adquirido por la E.S.E.

Objeto: Cancelación de Prestación de Servicios como auxiliar de apoyo para la ejecución de concurrencia en la implementación de la estrategia NUTRICION para el municipio de Salazar que hace parte de la red hospitalaria de la ESEHOSPITAL REGIONAL CENTRO, actividad desarrollada durante septiembre 2025, según Contrato de Prestación de Servicios No. 475 de 2.025.

DESCRIPCION	VALOR DEFINITIVA DE PAGO
Cancelación Prestación de Servicios como auxiliar de apoyo para la ejecución de concurrencia en la implementación de la estrategia NUTRICION para el municipio de Salazar que hace parte de la red hospitalaria de la ESEHOSPITAL REGIONAL CENTRO, actividad desarrollada durante septiembre 2025, según Contrato de Prestación de Servicios No. 475 de 2.025. Hospital Regional Centro, contra RP N. 625-26-05-2025 *A nombre de: ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ.* *RUBRO: 2.4.5.02.09.01.01 CONTRATO PREST. SERV.A. PIC* *VALOR:*	*$2,200.000.oo*
TOTAL	***$2,200.000.oo***

Agradezco la atención.

Cordialmente,

CLAUDIA BELEN JULIO SEPULVEDA
Gerente EHRC.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL REGIONAL CENTRO
N.I.T. : 807,008,824 - 6

DEFINITIVA DE PAGO No 2326

FECHA: 20/10/2025

A FAVOR DE : MEDINA RODRIGUEZ ANDREINA BELEN NIT : 1093886264

COMPROMISO : 4/5 CANCELACION MES SEPTIEMBRE/25 SEGUN CONTRATO 475 POR CONCEPTO DEPRESTACION DE SERVICIOS COMO AUXILAIR ENFERMERIA DE APOYO PARA LA EJECUCION DE CONCURRENCIA EN LA IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA DE NUTRICION PARA EL MUNICIPIO DE SAN CAYETANO QUE FORMAN PARTE DE LA RED HOSPITALRIA DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO ANEXA SOPORTES

REGISTRO PRESUPUESTAL : 625 DEL 26/05/2025

DOCUMENTO : DSE 3067

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS :

RUBRO	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	VALOR
00C-2.4.5.02.09.01.01	CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS ASISTENCIAL PIC	2,200,000.00
	TOTAL A PAGAR :	2,200,000.00

VIGENCIA : 2025

VALOR : DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS

PROYECTO: CORREDOR BLANCO GLADYS YANETH
PRESUPUESTO

BBVA

Informe Detallado del Fichero

27/Oct/25 09:04:03

BENEFICIARIO	CUENTA BENEFICIARIA	IMPORTE (COP)	MOTIVO
MEDINA RODRIGUEZ ANDREINA	3209874433	2.156.000,00	AUTORIZADO

Tipo de identificación:	Cédula de ciudadanía	Nº identificación:	0000010938862640
Nombre:	MEDINA RODRIGUEZ ANDREINA	E-mail:	
Dirección 1:	0	Dirección 2:	
Forma de Pago:	Abono/Cargo cuenta	Tipo de cuenta:	Cuenta Ahorro
Banco:	0507 - BANCO NEQUI	Cuenta-Tarjeta:	3209874433
Código Oficina Pagadora:	0	Fecha Límite Vencimiento:	
Importe:	2.156.000,00	Motivo Devolución:	AUTORIZADO
Concepto 1:	PIC VARIOS SEPT	Concepto 2:	

ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO
N.I.T : 807008824
DIRECCIÓN: KDX HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL MIRAFLORES
GRAMALOTE NORTE DE SANTANDER - CUCUTA

Resolucion DIAN no 18764074383174
Del 4/7/2024 hasta 4/7/2026 Autoriza del 1 Hasta 5000
DOCUMENTO SOPORTE : DSE-3067
FECHA DOCUMENTO : 20/10/2025

PROVEEDOR: MEDINA RODRIGUEZ ANDREINA BELEN - 1093886264
LA SUMA DE: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL COP M/L
CONCEPTO: PAGO 4/5 OPS 475 26/AGST AL 25/SEPT/2025 PREST-SERV-AUXILIAR APOYO EJECUCION CONCURRENCIA IMPLENTACION
SOPORTE: 26/AGST AL 25/SEPT/2025

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	DOCUMENTO	DÉBITOS	CRÉDITOS
731003.01	Sueldos de Personal		733,333	
731303.01	Sueldos de Personal		733,333	
732003.01	Sueldos de Personal		733,334	
249055.01	Servicios			2,200,000
		TOTALES IGUALES	$ 2,200,000	$ 2,200,000

ELABORADO POR	AUTORIZADO POR	FIRMA Y SELLO
CASTRO LUZ MARINA		C. C. o NIT Nº 1609[illegible]

CUDS:

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO ESE. HOSPITAL REGIONAL CENTRO

NIT 807008824-6

DEBE A:

ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ

Valor Números

La suma de: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS. **$ 2.200.000**

POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios como Auxiliar de apoyo para la ejecución de concurrencia en la implementación de la estrategia nutrición para el municipio de Salazar que forma parte de la ESE Hospital Regional Centro, durante el tiempo comprendido entre 26 DE AGOSTO A 25 DE SEPTIEMBRE 2.025; En cumplimiento al contrato de Prestación de Servicios Nro.: 475 DE 2025 Según relación de actividades desarrolladas en cumplimiento al Objeto Contratado. Anexo pago de Seguridad social del mes de SEPTIEMBRE.

ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO [1] Radicado: 02229

ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO
Fecha: 09-10-2025 09:44:43
Dep. Destino: 310 - GESTION DE PRESUPUESTO Y CONTABILIDA
Serie Documental: 310-15.1
Anexos: Folios: 20
Remite: ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ
Destinatario: MARIA ELENA LOPEZ JIMENEZ

Fecha: 20 OCT 2025

Firma

Andreina Medina Rodriguez

CC 1.093.886.264 DE SALAZAR

DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR

	NO. 4 DE 5
	FECHA DE EXPEDICIÓN
	2 0 OCT 2025
	ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO
	NIT: 807.008.824-6 HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE BELEN BARRIO LAS PALMAS - SALAZAR Régimen común
	Resolución Documento Soporte N° 18764024573335 del 26/01/2022 Del 1 al 5000

Apellidos y nombres del beneficiario	Identificación Tributaria (NIT)	Régimen
ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ	1.093.886.264	NO RESPONSABLE
Dirección	**Teléfono**	**Ciudad - Departamento**
C6 #52-86 URB LAS PALMAS SALAZAR	3209874433	SALAZAR NORTE DE SANTANDER

Por concepto de	Valor
POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios como Auxiliar de apoyo para la ejecución de concurrencia en la implementación de la estrategia nutrición para el municipio de Salazar que forma parte de la ESE Hospital Regional Centro, durante el tiempo comprendido entre 26 DE AGOSTO A 25 DE SEPTIEMBRE DE 2.025. En cumplimiento al contrato de Prestación de Servicios Nro.: 475 DE 2025 Según relación de actividades desarrolladas en cumplimiento al Objeto Contratado ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO, . Anexo pago de Seguridad social del mes de SEPTIEMBRE	$ 2.200.000
	TOTAL: 2.200.000

Valor en letras: DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS M/CTE.

NOMBRE Y NUMERO DE CUENTA BANCARIA	**CTA AHORROS #**	3209874433
CTA AHORROS NEQUI	**CTA CORRIENTE #**	

Andreina Medina Rodriguez	
Firma del beneficiario	**Aceptada por:**
	E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO
	NIT 807.008.824-6

	SUPERVISION DE EJECUCION DE CONTRATOS	Código: GJ-FO-02	Gobernación de Norte de Santander
		Versión: 1	
	E.S.E HOSPITAL REGIONAL CENTRO	Fecha: Enero 2021	
		Pag.:1	

PAGO No. 4 de 5

Periodo de pago: 26/08/2025 a 25/09/2025	Valor a pagar: **$ 2,200.000**

1. INFORMACIÓN DEL CONTRATO		
Contrato No. y fecha: 475 27 MAYO 2025		Tipo de contrato: **Prestación de Servicios**
Contratista ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ		CC O NIT: 1.093.886.264
Correo: medinaandreina39@gmail.com		Teléfono: 3209874433
Objeto: **POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios como Auxiliar de apoyo para la ejecución de concurrencia en la implementación de la estrategia nutrición para el municipio de Salazar que forma parte de la ESE Hospital Regional Centro**, durante el tiempo comprendido entre 26 DE AGOSTO A 25 DE SEPTIEMBRE 2.025; En cumplimiento al contrato de Prestación de Servicios Nro.: 475 DE 2025 Según relación de actividades desarrolladas en cumplimiento al Objeto Contratado. Anexo pago de Seguridad social del mes de SEPTIEMBRE.		
Duración: 5 meses	Fecha Inicio: 27/05/2025	Fecha Final: 25/10/2025
Disp. Presupuestal. No. y fecha: Número 626 DEL 23/05/2025 No1099 16/09/2025		Registro Presupuestal. No. y fecha: RP 625 DEL 26/05/2025 No.1099 16/09/2025
Valor del contrato: $8.800.000		Adición 2.200.000
Forma de Pago: EL VALOR DEL PRESENTE CONTRATO ES POR LA SUMA DE OCHO MILLONES OCHOCIENTOS MIL PESOS ($8.800.000) MCTE, LOS CUALES SE PAGARÁN A PARTIR DE SU EJECUCIÓN Y DE LA SIGUIENTE FORMA: EN CUATRO (04) PAGOS AL FINALIZAR CADA MES POR VALOR DE DOS MILLONES DOSCIENTOS MIL PESOS ($2.200.000) MCTE.		
Número y tipo de cuenta: AHORROS No 3209874433		Entidad bancaria: NEQUI

2. DATOS DEL SUPERVISOR	
Nombre Del Supervisor: YOLIMA BELTRAN SANTANDER	
Cargo:	SUBGERENTE CIENTIFICA

3. PAGOS DE SEGURIDAD SOCIAL						
CONCEPTO	**ENTIDAD**	**PLANILLA N°.**	**PERIODO**	**PLANILLA No.**	**PERIODO**	**VALOR**
SALUD	**SANITAS**	34360790	**AGOSTO**	34585038	**SEPTIEMBRE**	**$178.000**
PENSIÓN	**COLPENSIONES**	34360790	**AGOSTO**	34585038	**SEPTIEMBRE**	**$227.800**
A.R. L	**POSITIVA**	34360790	**AGOSTO**	34585038	**SEPTIEMBRE**	**$34.700**

5. BALANCE GENERAL DEL CONTRATO	
CONCEPTO	**VALOR**
Valor inicial del contrato	$ 8.800.000

Valor Adicionales	$2.200,000
Valor Total del Contrato	$ 11.000.000
Valor Pagado	$ 6.600.000
Valor Cobrado en el presente informe	$ 2.200.000
Valor total ejecutado	$ 8.800.000
Valor saldo por ejecutar	$2.200.000

6. CERTIFICACIÓN CONTRATISTA

Yo ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ con cedula de ciudadanía 1.093.886.264 expedida en Salazar, en mi calidad de contratista:

1. Certifico que cumplí a cabalidad las actividades del objeto contractual las cuales se encuentran descritas en el informe de cumplimiento.
2. Los documentos de soporte suministrados contienen el pago de Seguridad Social en Salud y Pensión de acuerdo a la normatividad legal vigente, las estampillas correspondientes al valor cobrado.
3. Autorizo el pago en la cuenta bancaria registrada en la presente acta, de acuerdo a los documentos previamente enviados.
4. Soy declarante de Impuesto de Renta: SI_ NO x

Andreina Medina Rodriguez

CONTRATISTA

7. CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMENTO DE ACTIVIDADES CONTRACTUALES

Yo, YOLIMA BELTRAN - con cédula de ciudadanía 27592607, en mi calidad de Supervisor del contrato de prestación de servicios personales aquí relacionado, CERTIFICO:

1.- Que El Contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas;

2.- Que El Contratista desarrolló las actividades descritas en el informe de cumplimiento, dentro del periodo de cobro; los cuales reposan en el expediente del contrato que se encuentra en (oficina ordenadora) de la ESE Hospital Regional Centro sede Cúcuta;

3.- Que he verificado el pago de los aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social de conformidad con lo señalado en la ley 100 de 1993 ley 797 de 2003 y art. 41 de la ley 80 de 1993, para lo cual allegó los respectivos recibos de pago del periodo correspondiente, tal como lo exige el parágrafo 1° del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y demás normas concordantes. 20 OCT 2025

Teniendo en cuenta lo anterior autorizo el presente pago, a los

SUPERVISOR

Teniendo en cuenta las certificaciones suscritas por el contratista y por el supervisor del contrato designado por esta Secretaría, autorizo el presente pago,

Responsable directo Sede VBo: _____

Contrato N° 475 DE 2025	Periodo del reporte: 25 de AGOSTO al 25 de SEPTIEMBRE 2025	Fecha: 20 OCT 2025
Nombre del contratista: **ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ**		CC:1093886264

Objeto del contrato: POR CONCEPTO DE: Prestación de servicios como Auxiliar de apoyo para la ejecución de concurrencia en la implementación de la estrategia nutrición para el municipio de Salazar que forma parte de la ESE Hospital Regional Centro, durante el tiempo comprendido entre 25 DE AGOSTO A 25 DE SEPTIEMBRE 2.025; En cumplimiento al contrato de Prestación de Servicios Nro.: 475 DE 2025 Según relación de actividades desarrolladas en cumplimiento al Objeto Contratado. Anexo pago de Seguridad social del mes de SEPTIEMBRE.

Obligaciones del contrato (En esta columna se detallan las obligaciones del contrato)	Actividades realizadas por el contratista (En esta columna el contratista debe indicar detalladamente todas las actividades realizadas en el periodo en cada una de las obligaciones)
1) Participar en las reuniones y capacitaciones que sea invitada.	• Reunión presencial con la nutricionista guia del programa Pic, concurrencia nutrición 
2) Guardar reserva sobre la información a la cual pueda tener acceso con ocasión del presente contrato.	• NO APLICA ESTE PERIODO
3) Apoyar la elaboración de los informes requerido para la ejecución del PIC.	• Se realiza entrega de informes y actas solicitados por el IDS, instituto departamental de salud.

4). Realizar en debida forma todos los aportes al Sistema Integral de Seguridad Social en Salud y Pensiones anexando copia de la planilla única y de la constancia de pago a la Cuenta de Cobro.	 Pago de planilla de seguridad social
5) Disponibilidad de tiempo para el desarrollo y ejecución del 100% de las actividades descritas en el anexo técnico de caracterización e información en salud en los micro territorios priorizados.	• DISPONIBILIDAD
6) Asistir al proceso de inducción y re inducción y demás mesas de trabajo citadas por la entidad.	 Capacitación presencial con la nutricionista guía del programa Pic, concurrencia nutrición
7) Apoyar la intervención del número de hogares. a través de la estrategia de Caracterización social y ambiental en salud.	se cumple con lo estipulado en el contrato sobre las intervenciones en hogares y comunidad.
8) Apoyar las acciones operativas de campo en coordinación con salud pública municipal.	NO APLICA ESTE PERIODO
9) Aplicación de los instrumentos asignados y de recolección de datos.	Se realiza recopilación de datos de los 40 hogares en las veredas asignadas, para dar cumplimiento con los informes requeridos.

	
10). Diligenciar correctamente los registros que se requieren para la información estadística, de facturación e informes de salud pública.	NO APLICA ESTE PERIODO
11) Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los Demás y de su entorno.	NO APLICA ESTE PERIODO
12) Realizar las respectivas atenciones y valoraciones necesarias en el desarrollo del proceso.	se realiza visita a las personas de Barrio Nuevo y Hatillo, con el fin de realizar toma de medidas antropométricas 

13) Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de salud.	NO APLICA ESTE PERIODO
14) Digitalizar los instrumentos que sean diligenciados de forma manual en la herramienta que defina la EHRC para tal fin.	Se realiza entrega de documentación solicitada por medio manual, impreso y por medio digital, PDF.
15) Apoyar la retroalimentación en el sistema de vigilancia nutricional WINSISVAN en todos sus ciclos vitales mediante el referenciación a la IPS para su atención nutricional y tratamiento de los niños y niñas que presenten alteraciones nutricionales.	Se realiza el cargue de la informacion al sistema de vigilancia nutricional WINSISVAN
16) Las demás actividades que determine la contratante y/o quien delegue para tal fin, y que guarden relación con el cumplimiento del objeto contractual pactado.	Se realiza corrección y entrega de documentación solicitada para el cumplimiento de las metas estipuladas en el contrato.

Andreina Medina
CONTRATISTA

SUPERVISOR

ASOPAGOS s.a.

RAZÓN SOCIAL :	ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1093866284
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-09-02
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-09-15
FECHA DE PAGO:	2025-09-02
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-08
PERÍODO SALUD:	2025-08
NÚMERO PLANILLA:	34360790
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34360790
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
25-14	900336004	COLPENSIONES	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.422.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.700	$ 34.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 440.500

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	16/10/2025

ASOPAGOS S.A.

RAZÓN SOCIAL :	ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ
IDENTIFICACIÓN:	CC-1093886264
COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	0
NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL:	
FECHA GENERACIÓN REPORTE:	2025-09-30
FECHA LÍMITE DE PAGO:	2025-10-16
FECHA DE PAGO:	2025-09-30
ENTIDAD DE PAGO:	BANCOLOMBIA
PERÍODO PENSIÓN:	2025-09
PERÍODO SALUD:	2025-09
NÚMERO PLANILLA:	34585038
TOTAL COTIZANTES:	1
REFERENCIA DE PAGO (PIN):	34585038
TIPO DE PLANILLA:	I

CÓDIGO ENTIDAD	NIT	NOMBRE	NÚMERO AFILIADOS	IBC	FONDO SOLIDARIDAD	FONDO SUBSISTENCIA	TOTAL INTERESES	VALOR PAGAR SIN INTERESES	VALOR PAGAR
EPS005	800251440	SANITAS	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 178.000
25-14	900226004	COLPENSIONES	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 227.800
14-23	860011153	POSITIVA	1	$ 1.423.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 34.700	$ 34.700
				Total a pagar	$ 0	$ 0	$ 0	$ 440.500	$ 440.500

PAGADO

FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES:	19/11/2025

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZON SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1003886294	0	ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ	1	0	POSITIVA - 14-23	UNICA	9602	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	DIRECCION CB LTE 32 BARRIO LAS PALMAS SA		3209874433		MEDINAANDREINA99@GMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-09	2025-09	34580039	I	2025-09-30	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	440.500	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34580039	2025-10-16	Pagada							

EMPLEADO					NOVEDADES																DIAS				PENSIÓN					SALUD			CCF			RIESGOS		TARIFA	PARAF	SENA	ICBF	ESAP	MIN					
Nº	ID	EMPLEADO	SALARIO	MENSUALIZA(+) LIC. SALARIO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	INC	LNR	EXT1	EXT2	AFP	SAN	CAP	NOMBRE	IBC	Cot	PVOL	FVOL	NOMBRE	IBC	Cot	NOMBRE	IBC	Cot	IBC	Cot	ARL	IBC	Cot	Cot	Cot	Cot	Cot	Sub	Tipo Cot	Tdep	Exon Aportes Parafiscales	Actividad Económica
1	CC 1003886294	MEDINA RODRIGUEZ ANDREINA BELEN	1.423.500																		30	30	0	30	COLPENSIONES 25-14	1.423.500	227.800			SANITAS EPS005	1.423.500	178.000	SIN CCF			1.423.500	34.700	0,02436						59	0	440.500	N	580020

RESUMEN PLANILLA PAGADA

DATOS GENERALES DEL APORTANTE								
IDENTIFICACIÓN	DV	RAZON SOCIAL	CLASE	CÓDIGO	ARL	F. PRESENTACIÓN	ACT. ECO	TIPO DE EMPRESA
CC 1003886294	0	ANDREINA BELEN MEDINA RODRIGUEZ	1	0	POSITIVA - 14-23	UNICA	9602	Natural
MUN-DEP	DIRECCIÓN		TELÉFONO		EMAIL			EXENTO DE PARAFISCALES
54-1	DIRECCION CB LTE 32 BARRIO LAS PALMAS SA		3209874435		MEDINAANDREINA99@GMAIL.COM			N

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACIÓN										
PERÍODO PENSIÓN	PERIODO SALUD	PLANILLA	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO	CENTRO DE TRABAJO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	VALOR PAGO	INTERÉS X MORA	ENTIDAD RECAUDO
2025-09	2025-09	34580039	I	2025-09-30	TODOS LOS CENTROS	TODOS	TODOS	440.500	0	BANCOLOMBIA
Nº AFILIADOS	REF. DE PAGO (PIN)	FECHA LÍMITE PAGO	ESTADO PLANILLA							
1	34580039	2025-10-16	Pagada							

TOTALES IBC				
IBC PENSIÓN	IBC SALUD	IBC RIESGOS	IBC CAJAS	IBC PARAF
1,423,500	1,423,500	1,423,500	0	0

SUBSISTEMA	CÓDIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	VALOR UPC	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES DESCONTADOS	VALOR A PAGAR
AFP(Administradoras: 1)				1	227.800	0	0	0	227.800
COLPENSIONES	25-14	900336004	7	1	227.800	0	0	0	227.800
EPS(Administradoras: 1)				1	178.000	0	0	0	178.000
SANITAS	EPS005	800251440	6	1	178.000	0	0	0	178.000
ARP(Administradoras: 1)				1	34.700	0	0	0	34.700
POSITIVA	14-23	860011153	6	1	34.700	0	0	0	34.700
Gran Total					440.500	0	0	0	440.500

LA SUSCRITA COORDINADORA DE SALUD PUBLICA DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL CENTRO

HACE CONSTAR

Que de acuerdo al contrato de prestación de servicios No.**475** de fecha **26/05/2025**, se recibe a satisfacción las actividades de **Andreina Belén Medina Rodriguez**, con cedula de ciudadanía No. **1093886264**, quien desarrolló a cabalidad y con un cumplimiento de ejecución del 100%, las acciones contempladas en el contrato referido, actuando como **auxiliar de apoyo salud pública** de la ESE Hospital Regional Centro.

Se expide la presente, a los 30 días del mes de septiembre de 2025, como soporte para el pago # 3 de 4.

PATRICIA YURLEY MEZA RINCON
Líder Salud Pública EHRC

Nequi

(+57) 350 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

Lunes, 5 de mayo de 2025

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que ANDREINA MEDINA RODRIGUEZ identificado con cédula de ciudadanía 1093886264, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3209874433	87074923836	ACTIVA	15-02-2025

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario