ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E

INFORME DE ACTIVIDADES CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | **CO-OPS-FT-11 V6**

DATOS DEL INFORME

Periodo a Certificar:	Desde:	06-mar.-21	Hasta:	31-mar.-21			
Nombre del Contratista:	JOHAN FELIPE MOSQUERA YEPES		Cédula:	1026575874			
Correo Electrónico:	FELIPE.SIB2@GMAIL.COM		Teléfono(s):	3188139297			
Nombre del Supervisor - Planta:	WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ		Cargo:	ENFERMERO	Codigo-Grado:	243-20	
Nombre del Supervisor - Contratista:			Perfil		No. CTO:		
Apoyo tecnico a la supervision - Planta:			Cargo:		Código-Grado:		
Apoyo tecnico a la supervision - Contratista:	PLINIO VARGAS PINEDA		Perfil	LIDER DE PROCESO	No. CTO:	4239-2021	

DATOS DEL CONTRATO

NO CONTRATO:	004170	Año Contrato:	2021	C.D.P. CONTRATO INICIAL :	628
PERFIL:	DIGITADOR				
DIRECCION A LA QUE PERTENECE:	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				
UNIDAD DE SERVICIOS :	DIRECCION DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS

SERVICIOS		UNIDAD	CENTRO DE COSTOS	CANT HORAS ESTANDAR	CANT HORAS ADICIONALES	VALOR HORA	TOTAL	PORCENTAJE (%) CENTRO DE COSTOS
DIRECCION DE AMBULATORIOS	Mostrar							
DIRECCION DE URGENCIAS	Mostrar							
DIRECCION DE HOSPITALARIOS	Mostrar							
UCI PEDIATRICA	Mostrar							
UCI NEONATAL	Mostrar							
UCI ADULTOS	Mostrar							
DIRECCION COMPLEMENTARIOS	Mostrar							
CONVENIO APH	Mostrar							
SIRC							$ -	0,00%
RURALIDAD	Mostrar							
PARTICIPACION COMUNITARIA Y SERVICIO AL CIUDADANO (ASISTENCIAL) Y RUTA DE LA SALUD	Mostrar							
GESTION DEL RIESGO	Mostrar							
ALUD PUBLICA PIC	Ocultar							
		N04T919					$ 1.428.060	100,00%
							$ -	0,00%
							$ -	0,00%
HONORARIOS	Mostrar							
REMUNERACION	Mostrar							

VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	$ 1.428.060	UN MILLON CUATROCIENTOS VEINTIOCHO MIL SESENTA PESOS

EJECUCION PRESUPUESTAL DEL CONTRATO

FECHA INICIO CONTRATO		06/03/2021				FECHA TERMINACION CONTRATO INICIAL	31/03/2021	
No. PRORROGA	FECHA INICIO	FECHA TERMINACION	No. ADICION	VALOR ADICION	CDP	N. CUENTA SEGÚN MES CERTIFICADO	MES CUENTA DE COBRO	VALOR A PAGAR
						1		
						2		
						3	Marzo	$ 1.428.060
						4		
						5		
						6		
						7		
						8		
						9		
						10		
						11		
						12		
						13		

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
$ 1.428.060	$ 1.428.060	$ 1.428.060	$ -

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

	OBLIGACIONES ESPECIFICAS (Las estipuladas en la minuta)	ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACION	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	Utilizar las medidas y elementos de protección personal.	Portar adecuadamente los electos de protección personal (tapabocas,bata,monogafas)	Lista de chequeo
2	Realizar el alistamiento del carné y verificar los elementos para el funcionamiento del sistema de información nominal PAIWEB.	Realizar verificación de insumos y elementos necesarios para el cargue en aplicativo PAIWEB Aplicativo SISUR	consolidado sis 150

3	Ingresar diariamente al PAIWEB la información del 100 % de los vacunados, según la estrategia utilizada.	Realizar ingreso de la información al aplicativo PAIWEB	consolidado sis 150
4	Entregar del balance diario, semanal y mensual de las personas vacunadas desagregado por fase, etapa y población priorizada	Realizar ingreso de la información al aplicativo PAIWEB Verificación de carné de vacunación	consolidado sis 151
5	En caso de no aceptación de vacunación en el punto de vacunación, ingresar la información en el PAIWEB.	Realizar ingreso de la información al aplicativo PAIWEB Diligenciamiento PAI DISTRITAL Aplicativo SISUR	Anexo disentimiento
6	Entregar el carné de vacunación ratificando la fecha de la cita para la aplicación de la segunda dosis, (si se requiere).	Realizar ingreso de la información al aplicativo PAIWEB	Formato de sis 150

INFORMACIÓN PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERÍODO AL QUE CORRESPONDE EL		FECHA DE PAGO			NUMERO DE PLANILLA	VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR	
AÑO	MES	AÑO	MES	DIA			

VALOR HONORARIOS CERTIFICADOS MES ANTERIOR EN LETRAS: PESOS

ÍTEM		ENTIDADES APORTANTES SEGURIDAD SOCIAL	INGRESO BASE DE COTIZACION	VALOR MINIMO DE LOS APORTES	VALOR APORTADO (Sobre el 40% de los ingresos mensuales) no debe ser inferior a un SMLMV
PENSIONADO	NO	PORVENIR			-
SALUD		NUEVA EPS	$ 908.526		
ARL	3	SURA			
CAJA DE COMPENSACION	NO	N/A			$ -

INFORMACIÓN MEDIO DE PAGO

ENTIDAD BANCARIA:	BANCO CAJA SOCIAL - BCSC S.A.	TIPO CUENTA	AHORROS	NRO CUENTA	24041840678

JOHAN FELIPE MOSQUERA YEPES
NOMBRE COMPLETO CONTRATISTA
1.026.575.874
CC. NO. CONTRATISTA

WILLIAM EDUARDO GOMEZ RAMIREZ
NOMBRE DEL SUPERVISOR
ENFERMERO

PLINIO VARGAS PINEDA
NOMBRE DEL APOYO TECNICO A LA SUPERVISIÓN
LIDER DE PROCESO

2021-02-12

porvenir
sólo hay uno

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS PORVENIR S.A.
En su condición de administradora del
FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR
NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHAN FELIPE MOSQUERA YEPES, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.575.874**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 04 de Febrero del 2021.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

*En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, **¿por qué?** porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.*

REPÚBLICA DE COLOMBIA
SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD
SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

"Código únicamente para dependientes y afiliaciones al Régimen Subsidiado"

01 B 136777647

Independiente

0107622807

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [ ] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	C. Contributivo [X] S. Subsidiado [ ]

4. TIPO DE AFILIADO	5. TIPO DE COTIZANTE	CÓDIGO	FECHA DE LA SOLICITUD
CO Cotizante [X] CF Cabeza de Familia [ ] BE Beneficiario [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [X] C. Pensionado [ ] D. Independiente con prestación del servicio [ ]	01	05 02 2021

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Mosquera	Yepes	Johan	Felipe

7. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	8. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	9. SEXO	10. FECHA NACIMIENTO
CC [X]	1076575874	X	

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

11. ORIGEN ÉTNICO (Código)	12. DISCAPACIDAD (Tipo / Condición)	13. PUNTAJE Y NIVEL DEL SISBEN	14. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	15. ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES

16. ADMINISTRADORA DE PENSIONES	17. INGRESO BASE DE COTIZACIÓN - IBC	18. UBICACIÓN O DIRECCIÓN DE RESIDENCIA	LOCALIDAD / COMUNA	BARRIO
		Tv. 36 # 15A-09		

CIUDAD / MUNICIPIO	DEPARTAMENTO	ZONA U. / R.	TELÉFONO FIJO

TELÉFONO MÓVIL	CORREO ELECTRÓNICO	CÓDIGO IPS

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

19. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

20. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	21. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	22. SEXO	23. FECHA NACIMIENTO	CÓDIGO IPS

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	24. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	25. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	26. NÚMERO DE IDENTIDAD	27. SEXO	28. FECHA DE NACIMIENTO	29. PARENTESCO	30. ETNIA	31. DISCAPACIDAD (Tipo / Condición)
1								
2								
3								
4								

	32. DATOS DE RESIDENCIA: Ciudad / Mpio.	Departamento	Zona	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	33. VALOR UPC AFILIADO ADICIONAL (Lo diligencia la EPS)	34. Nombre y código de la IPS	EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	NIVEL DE SISBEN	GRUPO POBLACIONAL
1			R. U.							
2			R. U.							
3			R. U.							
4			R. U.							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDEINTE POR PRESTACION DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o Razon Social	36. Tipo documento de identidad	37. Numero documento de identidad	DV	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones
Johan Felipe Mosquera Y.	CC	1076575874		Persona

39. UBICACIÓN O DIRECCIÓN				
Tv. 36 # 15A-09	Bogotá	Cundinamarca	3188139797	felipe.siba@gmail.com

FECHA INICIO DE RELACIÓN LABORAL	CARGO	SALARIO
05 02 2021	Independiente	1500.000

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACION DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BASICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACION DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACION DE LA INSCRIPCION EN LA EPS [ ] Codigo [ ]
6. REINSCRIPCIÓN EN LA EPS [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE LA CONDICIÓN DE COTIZANTE [ ]
10. TERMINACION DE LA RELACION LABORAL O PERDIDA DE LA CONDICIÓN DE COTIZANTE PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
11. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA EL PAGO DE APORTES COLECTIVOS [ ]
12. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD ADMINISTRADORA PARA EL PAGO DE APORTES COLECTIVOS [ ]

13. NOVEDADES
A. ALTA MEDICAMENTO DIFERENTE
B. ALTA MEDICAMENTO NO POS
C. ALTA MATERIALES NO POS
D. ALTA PROCEDIMIENTO NO POS
E. ALTA PROCEDIMIENTO NO POS CON MEDICAMENTO NO POS
F. ALTA PROCEDIMIENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
G. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
H. ALTA PROCEDIMIENTO NO POS CON MEDICAMENTO NO POS Y MATERIALES NO POS
I. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
J. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
K. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
L. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
M. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
N. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
O. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
P. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
Q. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
R. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
S. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
T. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
U. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
V. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
W. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
X. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
Y. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS
Z. ALTA MEDICAMENTO NO POS CON MATERIALES NO POS

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	SEXO	FECHA NACIMIENTO

42. FECHA (a partir de)	43. EPS ANTERIOR Código	44. EXCEPCIÓN DEL TRASLADO	45. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

Declaración Juramentada de convivencia. Declaro que convivo con (la) (el) Señor (a)
desde el día _____ del mes _____ del año _____

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. Declaro bajo la gravedad de juramento que los beneficiarios y afiliados adicionales que relaciono en el presente formulario dependen económicamente de mí.
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que me impiden cumplir oportunamente con el pago de mis aportes.
49. Declaración de no indemnización del cotizante cabeza de familia. Declaro que a los afiliados adicionales que relaciono en el presente formulario no se les ha reconocido indemnización alguna por parte de mi empleador.
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copias de la Historia Clínica. Autorizo a cualquier médico, hospital, clínica, institución prestadora de servicios de salud o profesional de la salud que me haya atendido o que me atienda en el futuro, para que suministre a la EPS a la que estoy afiliado, copia de mi Historia Clínica.
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación y del cotizante a bases de datos.
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios.
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o dirección suministrada.

VIII. FIRMAS

54. Firma de cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. Firma y huella del empleador, representante legal de la entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de oficio, o pagador de pensiones por prestación de servicio

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] PA [ ] CE [ ] CDI [ ] SC [ ] PT [ ] Cantidad [ ] Folios [ ]
57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de reconocimiento de unión marital de hecho o sentencia judicial que declare la existencia de compañero permanente y de la unión marital
59. Copia del certificado de adopción o acta de entrega definitiva
60. Copia del certificado de tutela o acta administrativa de custodia
61. Copia de la certificación de la autoridad competente de la declaración de la patria potestad o de la custodia y cuidado personal
62. Documento en que conste la pensión de la cónyuge, compañero permanente o progenitor sobreviviente
63. Copia de la calificación de invalidez proferida por la entidad competente
64. Certificado de nacido vivo
65. Copia del registro civil de nacimiento

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBEN	68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del Municipio	Código del departamento	Número de ficha		

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Tipo documento de identidad	Número del documento de identidad	Nombre

nueva eps
RECIBIDO PARA ESTUDIO EN LA EPS
FECHA: 05/02/2021
MARTHA LUCIA LOPERA GOMEZ
REGIONAL BOGOTA

OBSERVACIONES:

ARL | sura

Medellín, 15 de marzo de 2021

LA ADMINISTRADORA DE RIESGOS LABORALES
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A..

CERTIFICA:

Que JOHAN FELIPE MOSQUERA YEPES identificado(a) con cédula de ciudadanía 1026575874 registra en nuestra base de datos como trabajador(a) independiente.

A continuación se relacionan los datos de la afiliación:
Fecha inicio cobertura: 07/03/2021 **Fecha fin cobertura:**

INFORMACIÓN DEL CONTRATANTE

SUB RED SUR N900958564

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%
CENTRO DE TRABAJO: 0000000005 - GESTION DEL RIESGO
CLASE: 3 **PORCENTAJE:** 2,436% **TIPO COTIZANTE:** INDEPENDIENTE CON CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS SUPERIOR A UN MES

ACTIVIDAD ECONÓMICA CENTRO DE TRABAJO:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

ACTIVIDAD ECONÓMICA:
3851101 - EMPRESAS DEDICADAS A ACTIVIDADES DE LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SEIVICIOS DE SALUD, CON INTERNACION, INCLUYE HOSPITALES GENERALES, CENTROS DE ATENCION MEDICA CON AYUDAS DIAGNOSTICAS, INSTITUCIONES PRESTA-DORAS DE SERVICIOS DE SALUD, CENTROS ESPECIALIZADOS (EXCEPTO DE RADIODIAGNOSTICOS Y/O RADIOTERAPIA), HOSPITALES PARA TUBERCULOSOS, INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

CODIGO DE ACTIVIDAD: 3851101
CLASE DE RIESGO: 3 **PORCENTAJE DE COTIZACIÓN:** 2,436%

Su pago lo debe realizar con riesgo 3 (2,436 %), teniendo en cuenta lo siguiente:

Artículo 11, Decreto 723 de 2013: Cotización y Pago: La cotización se realizará teniendo en cuenta el mayor riesgo entre:

1. ***La clase de riesgo del centro de trabajo de la entidad o institución.***
2. ***El propio de la actividad ejecutada por el contratista.***

Parágrafo 1: Cuando las entidades o instituciones no tengan centros de trabajo se tomará la actividad principal o institución.

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10265758742107432561

Atentamente,

Dirección de Afiliaciones y Recaudos

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el: 15/03/2021 9.02 AM

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Caja Social

FUNDACIÓN GRUPO SOCIAL

HACE CONSTAR

Que el(los) cliente(s)

JOHAN FELIPE MOSQUERA YEPES Identificado con CC1026575874

Actualmente posee(n) el siguiente producto, radicado en la oficina 0035 CASABLANCA, con las siguientes caracteristicas:

CUENTA DE AHORROS CUENTA DE AHORROS

Número	:	24041840678
Fecha de Apertura	:	10 de enero de 2014
Saldo Disponible	:	$ 0.00
Saldo Total a la Fecha	:	$ 1,827.79
Condiciones de Manejo	:	Individual,1 Firmas(s), 0 Sello(s) húmedo(s) o de caucho, Sin protector
Estado	:	CUENTA ACTIVA

Esta constancia se expide con destino a: A
Realizada en la oficina 0625 CARRERA DECIMA de la ciudad de BOGOTA, el dia martes, 19 de enero de 2021.

Cordialmente,

Efectuado por:
Y4C5P7L6 - MARCELA CLAVIJO P

FIRMA Y SELLOS AUTORIZADOS