Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-077 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y

ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD:			53.016.869		
OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR				
CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.	**PS 5196 2024**		**FECHA INICIO CONTRATO**		**24/10/2024**
VALOR INICIAL DEL CONTRATO	**$** 6.970.808	**PLAZO INICIAL DEL CONTRATO**	UN (1) MES Y DIEZ (10) DIAS		
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	**$** 18.995.452		**VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:**		**$** 1.568.431
Nº DE INFORME:	6	**Nº CRP:**	44722	**Nº CDP:**	3662
PLAZO TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
UNIDAD FUNCIONAL EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:	SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO				
NOMBRE DEL SUPERVISOR:	LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05				

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

Nº DE MODIFICACIÓNES DEL CONTRATO:	3	**TIPO DE MODIFICACIÓN**	**ADICIÓNES**	3	**PRORROGAS**	3	
VALOR ADICIONADO	**$** 1.568.432	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4053	**CRP DE LA ADICIÓN:**	49704	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** 5.228.106	**CDP DE LA ADICIÓN:**	4120	**CRP DE LA ADICIÓN:**	50758	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	**$** 5.228.106	**CDP DE LA ADICIÓN:**	46	**CRP DE LA ADICIÓN:**	7724	**TIEMPO PRORROGADO:**	UN (1) MES

III. POLIZAS

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	**SI**		**NO**	**X**
Nº DE PÓLIZA:		**NOMBRE DE LA ASEGURADORA:**		
FECHA DE LA PÓLIZA		**FECHA DE APROBACIÓN:**		

ITEM	IV. ACTIVIDADES REALIZADAS EN EL PERIODO, DE ACUERDO CON EL OBJETO Y LAS OBLIGACIONES ESTABLECIDAS EN EL CONTRATO **(Deben ser coherentes con las obligaciones específicas del contrato realizadas durante el mes)**
1	SE REALIZA SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DE LAS ACTIVIDADES RELACIONADAS CON LOS PRODUCTOS Y SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN, ACORDE LAS ACTIVIDADES DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES, SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE. SEGUIMIENTO EN LA EJECUCIÓN DE LOS PRODUCTOS ACORDE AL PLAN DE ACCIÓN VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL TALENTO HUMANO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS
2	APOYO A LA PROGRAMACION DE LA OPERACIÓN DE LOS EQUIPOS BASICOS EXTRAMURALES HOGAR - ETNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDIGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS POR CADA LÍNEA DE ACCIÓN Y COMPONENTE CON EL FIN DE CORROBORAR LAS ACTIVIDADES CONTRACTUALES. SEGUIMIENTO Y VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS POR SDS PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR – ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS, REALIZANDO PREAUDITORIA, VERIFICACIÓN DE FORMATOS Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN VALIDACIÓN DE CALIDAD EN APLICATIVO DE SDS Y BASES DE CADA UNO DE LOS PRODUCTOS ÉTNICOS DIFERENCIALES, COMO REPORTES DIARIOS, SEGUIMIENTO A HOSPITALIZADOS, BASE UAIC,
3	SE DIO RESPUESTA Y APOYO A LAS DIFERENTES ACCIONES EN SALUD DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS, PARA LO CUAL SE DIO CUMPLIMIENTO A JORNADA DE SALUD DE MANERA SEMANAL EN UPI LA RIOJA, ALBERGUE BUEN SAMARITANO. SE REALIZÓ SEGUIMIENTO A CASOS NOTIFICADOS POR CORREO DESDE SDS Y GESTIÓN DEL RIESGO. SE REALIZO PROCESO DE ARTICULACIÓN CON CONSULTIVA DE LA COMUNIDAD AFROCOLOMBIANA DEL KILOMBO YUMMA
4	SE REALIZO FORTALECIMIENTO AL TALENTO HUMANO A CARGO ACORDE CON LOS ANEXOS Y LINEAMIENTOS TÉCNICOS DEL CONVENIO MAS BIENESTAR EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES SUSCRITO ENTRE EL FDS Y LA SUBRED, AL IGUAL SE PARTICIPÓ EN LAS DIFERENTES CONVOCATORIAS DESDE LA SECRETARIA DE SALUD Y LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE, ACORDE A LA CONVOCATORIO DESDE COORDINACIÓN DEL CONVENIO.
5	SE REALIZAR LA REVISIÓN, PREAUDITORIA Y VERIFICACIÓN DE CALIDAD DE CADA UNO DE LOS FORMATOS DE SESIONES COLECTIVAS, ACTAS, INFORMES, FORMATO DE FIRMA DE PLAN DE CUIDADO FAMILIAR DE FAMILIAS AFRO, AL IGUAL SE REVISÓ LAS DIFERENTES BASES GENERADAS COMO RESULTADO DE LAS ACCIONES E INTERVENCIONES REALIZADAS POR LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL EMBERÁ Y AFRO EN CUMPLIMIENTO A LOS LINEAMIENTOS DEL CONVENIO.
6	SE REALIZO REVISIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LOS DIFERENTES FORMATOS POR LAS ESTRATEGIAS ÉTNICO DIFERENCIALES DE COMUNIDAD INDÍGENA EMBERÁ Y COMUNIDAD AFRO QUE DAN CUMPLIMIENTO A LAS ACCIONES DEL CONVENIO Y LA LÍNEA TÉCNICA DE GESTIÓN DOCUMENTAL
7	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES PROGRAMADAS DEL TALENTO HUMANO DE LOS EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR - ÉTNICO DIFERENCIAL DE COMUNIDADES INDÍGENAS EMBERA Y AFROCOLOMBIANAS
8	SE REALIZO INFORME DE JORNADAS DE SALUD, INFORME MENSUAL DE LA EJECUCION TECNICA Y ADMINISTRATIVA DE LOS PRODUCTO QUE MUESTRAN EL CUMPLIMIENTO DE LAS ACCIONES PROGRAMAS PARA EL CONVENIO
9	SE REALIZO ACOMPAÑAMIENTO EN CAMPO AL EQUIPO ÉTNICO DIFERENCIAL EMBERÁ EN LAS DIFERENTES ACCIONES REALIZADAS EN LA UPI LA RIOJA, ALBERGUE BUEN SAMARITANO Y KILOMBO YUMMA
10	SE APOYÓ EN LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL CONVENIO DE EQUIPOS BÁSICOS EXTRAMURALES HOGAR, AL IGUAL SE REALIZÓ INFORME CUALITATIVO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS

V. INFORMACIÓN DE APORTES A SEGURIDAD SOCIAL

No. DE PLANILLA:	1070273494		**OPERADOR:**	SIMPLE	
CONCEPTO DEL PAGO	**ENTIDAD**		**FECHA DE PAGO**		**VALOR PAGADO**
SALUD:	SANITAS		08/02/2025	$	261.500
PENSIÓN:	PORVENIR		08/02/2025	$	334.600
RIESGOS LABORALES:	SEGUROS BOLIVAR		08/02/2025	$	51.000
OTRO	CCF COMPENSAR		08/02/2025	$	12.600
TOTAL PAGADO					**$ 659.700**

VI. DECLARACIONES DEL CONTRATISTA

1.- Que desarrollé las actividades descritas en el informe anexo, dentro del periodo de cobro.
2.- Que realicé el pago de la Seguridad Social donde el ibc se calculo sobre el 40% de los ingresos cancelados del mes anterior pago del cual anexo copia simple, sin que en ningun caso el IBC sea menor a 1 SMMLV (de ser el primer pago adjunto certificaciones de afiliacion a eps, arl, pension, rut)
3- Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro .
4.- Que autorizo los impuestos a que estoy obligado a pagar, por ocasión al señalado contrato.

VII. ANEXOS

(Cuando se requiera como una de las obligaciones del contrato)

Anexar evidencias fotográficas y/o documentales que soporten las actividades realizadas en el periodo correspondiente

Angelica Ramirez

ANGÉLICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO
NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA
CC: 53.016.869
CEL: 3153066646

Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO CUENTA DE COBRO CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y DE APOYO A LA GESTIÓN	CÓDIGO: AP-IA-FT-014 VERSIÓN: 6 FECHA: 2024-09-16

DATOS DEL CONTRATISTA

FECHA DE DILIGENCIAMIENTO: 28/2/2025

NOMBRES Y APELLIDOS:	**ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO**	**CC:**	53.016.869
		RUT (NIT):	
CORREO ELECTRÓNICO:	anramirez1312@gmail.com	**TELÉFONO:**	3153066646
DIRECCIÓN DOMICILIO:	CL 51 SUR 79F 14 IN 5 AP 201 BL P1	**CIUDAD:**	BOGOTÁ

Manifiesto bajo la gravedad del juramento que, en la declaración de renta del año gravable 2024.

NO tomaré costos y deducciones	(X)
SI tomaré costos y deducciones	( )

La presente certificación se expide para efectos de la retención en la fuente a título del impuesto sobre la renta, de conformidad con el numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 y parágrafo 4 del decreto único 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del decreto 2231 de diciembre 22 de 2023 y la aplicación de la renta exenta del 25% sobre operaciones que tiene que ver con el tratamiento tributario de los pagos laborales.

Regimen Simple De Tributación : RESOLUCIÓN 00165 ARTICULO 12 Por la cual se debe informar por parte de los contribuyentes si optaron por el impuesto unificado bajo el Régimen Simple de Tributación	SI ( )	NO (X)

BANCO AL CUAL CONSIGNAR:	**DAVIVIENDA**				
NOMBRE DEL BANCO (APLICA CUANDO EL BANCO NO SE ENCUENTRE EN LA LISTA DESPLEGABLE)		**TIPO DE CUENTA:**	**AHORROS**	**N° CUENTA:**	**003800217915**

NÚMERO DEL CONTRATO Y DATOS DE LA ÚLTIMA ADICIÓN (PERIODO OBJETO DE PAGO)

N° DEL CONTRATO:	**PS 5196 2024**	**N° CDP:**	**4053**	**N°CRP:**	**44722**	**PLAZO DEL CONTRATO INCLUIDAS PRORROGAS:** **TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS**
FECHA DE INICIO CONTRATO	**24/10/2024**	**FECHA DE TERMINACIÓN CONTRATO:**		**9/02/2025**		**VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUDO ADICIONES :** **$ 18.995.452**
PERIODO OBJETO DE COBRO:	01/02/2025 AL 09/02/2025					
VALOR A PAGAR CORRESPONDIENTE AL PERIODO OBJETO DE COBRO EN (LETRAS Y NUMEROS)	$ 1.568.431 **UN MILLON QUINIENTOS SESENTA Y OCHO MIL CUATROCIENTOS TREINTA Y UN PESOS M/CTE**					

Angelica Ramirez

NOMBRE: **ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO**
CC **53.016.869**
CEL **3153066646**

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E APOYO – GESTION DE CONTRATACIÓN FORMATO INFORME DE SUPERVISION CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS Y APOYO A LA GESTION	CÓDIGO: AP-IA-FT-078 VERSIÓN: 2 FECHA: 2024-09-16

CELEBRADO ENTRE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E Y	
NOMBRE DEL CONTRATISTA	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO
NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	53.016.869

I. INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

OBJETO DEL CONTRATO:	PRESTAR SERVICIOS COMO PROFESIONAL ESPECIALIZADO PARA DESARROLLAR ACTIVIDADES EN LA DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD DE LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E PARA EL CONVENIO MAS BIENESTAR

CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS PROFESIONALES No.		PS 5196 2024		FECHA INICIO CONTRATO	24/10/2024
VALOR INICIAL DEL CONTRATO		$ 6.970.808			
VALOR TOTAL DEL CONTRATO INCLUIDO ADICIONES:	$ 18.995.452			VALOR DE HONORARIOS PERÍODO A CERTIFICAR:	$ 1.568.431
N° PAGO / N° DE INFORME:	6	N° CRP INICIAL:		N° CDP INICIAL DEL CONTRATO	3662
PLAZO DEL CONTRATO INCLUYENDO PRORROGAS	TRES (3) MESES Y DIECINUEVE (19) DIAS				
N° DE PLANILLA DE PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL:		1070273494		OPERADOR:	SIMPLE
PROCESO EN DONDE SE EJECUTARON LAS ACTIVIDADES:		CONVENIO MAS BIENESTAR - DIRECCIÓN DE GESTIÓN INTEGRAL DEL RIESGO EN SALUD			
UNIDAD FUNCIONAL DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES:		SA2 SEDE ADMINISTRATIVA SAN JOSE OBRERO			
NOMBRE DEL SUPERVISOR:		LORENZA BECERRA CAMARGO - DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05			

II. MODIFICACIONES CONTRACTUALES

N° DE MODIFICACIÓN:	N° (3)	TIPO DE MODIFICACIÓN (ADICIÓN – PRÓRROGA):				ADICION (3)	PRORROGA (3)
VALOR ADICIONADO	$ 1.568.432	CDP DE LA	4053	RP DE LA	49704	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.106	CDP DE LA	4120	RP DE LA	50758	TIEMPO	UN (1) MES
VALOR ADICIONADO	$ 5.228.106	CDP DE LA	46	RP DE LA	7724	TIEMPO	UN (1) MES

III. POLIZAS (SI APLICA)

¿PACTÓ POLIZAS EN SU CONTRATO?	SI		NO	X
N° DE PÓLIZA:		NOMBRE DE LA ASEGURADORA:		
FECHA DE LA PÓLIZA		ACTO ADMINISTRATIVO DE APROBACIÓN:		

IV. VERIFICACION DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS

SE VERIFICA QUE QUE HA CUMPLIDO CON LAS ACTIVIDADES ASIGNADAS DURANTE EL MES O PERIODO LABORADO Y SE APRUEBA PARA EL PAGO RESPECTIVO.

ITEM	CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS	SI	NO
1	¿El contrato se encuentra debidamente legalizado?	X	
2	¿El contratista autorizó que los impuestos que debe cancelar para la legalización del mencionado contrato le sean descontados del valor a cancelar como consta en la declaración del informe de ejecución de actividades?	X	
3	¿Que el contratista presentó satisfactoriamente las obligaciones contractuales, los cuales pueden ser verificados en el informe anexo y en el SECOP?	X	
4	¿Que el contratista da cumplimiento a sus obligaciones frente a los aportes al sistema de seguridad social y de parafiscales, tal como exige el artículo 50 de la Ley 789 de 2002?	X	
5	¿Que adjunto evidencia del cargue en el aplicativo secop de la cuenta correspondiente al mes objeto de cobro?	X	

Teniendo en cuenta lo anterior y conforme a la **clausula "Forma de Pago, CERTIFICO** el cumplimiento de las obligaciones pactadas con el contratista, para el pago correspondiente al periodo del 01/02/2025 AL 09/02/2025

FIRMA DE QUIEN CONVALIDA EL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES PARA EL PRESENTE PERIODO DE PAGO:	**NOMBRE Y FIRMA DEL SUPERVISOR:** **LORENZA BECERRA CAMARGO** **CARGO: DIRECTOR TECNICO CODIGO 009 GRADO 05**
	NOMBRE Y FIRMA APOYO TECNICO DEL SUPERVISOR: **LILIANA TELLEZ VALBUENA** **PROFESIONAL ESPECIALIZADO, LIDER CONVENIO MAS BIENESTAR**

Simple

PAGOSIMPLE | AUTOLIQUIDACION CONSOLIDADA

Fecha creación reporte: 2025-02-05, 04:34:32 PM **Tipo Planilla:** I: PLANILLA INDEPENDIENTES **Numéro Planilla:** 1069250950

Periodo Cotización: diciembre de 2024 **Periodo Servicio:** diciembre de 2024

PAGADO 02/01/2025

I. DATOS DEL APORTANTE

Razón Social	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO		
Documento	CC53016869	**Dirección**	CLL 51 SUR 79 F 14 BLQ P1 INT 5 APTO 201
Tipo de Empresa	INDEPENDIENTE	**Teléfono**	3153066646
Tipo Persona	NATURAL	**Forma Presentación**	ÚNICO
Ciudad	BOGOTA D.C.	**Departamento**	BOGOTA D.C.
Representante Legal		**Identificación**	
Total Afiliados	1	**ARP**	SEGUROS BOLIVAR

II. DETALLE DEL APORTANTE

Datos del Afiliado				Novedades																		Pensiones			Salud			Riesgos			Cajas			Parafiscales				Total
Identificación	Apellidos y Nombres	Tipo Cotizante	Subtipo Cotizante	ING	RET	RET P.	TDE	TDP	TAE	TAP	VSP	COR	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	Días AFP	Días EPS	Días ARP	Días CCF	Administradora	IBC Pensión	Aporte Pensión	Administradora	IBC Salud	Aporte Salud	Tarifa	IBC Riesgos	Aporte Riesgos	Administradora	IBC Caja	Aporte Caja	Aporte SENA	Aporte ICBF	ESAP	Aporte Ministerio	Total
C 53016869	ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO	59	00																	0	30	30	30	30	(230301) PORVENIR	$ 2.091.242	$ 334.600	(EPS005) EPS SANITAS	$ 2.091.242	$ 261.500	2,436	$ 2.091.242	$ 51.000	(CCF24) COMPENSAR CCF	$ 2.091.242	$ 12.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 659.700

III. TOTALES

IBC Pensión	IBC Salud	IBC Riesgos	IBC Cajas	Aportes Pensión	Aportes Salud	Aportes Riesgos	Aportes Cajas	Aportes Sena	Aportes ICBF	Aportes ESAP	Aportes Min Educación	(Incapacidades, Licencias, Saldos a Favor) EPS	Incapacidades ARP	SUBTOTAL SIN INTERESES DE MORA	TOTAL INTERESES DE MORA	TOTAL FINAL
$ 2.091.242	$ 2.091.242	$ 2.091.242	$ 2.091.242	$ 334.600	$ 261.500	$ 51.000	$ 12.600	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 659.700	$ 0	$ 659.700

Líneas de Servicio FonoSIMPLE: Bogotá 601 4446634 - Cali: 602 5540577 - Medellín: 604 5146669 - Bucaramanga: 607 6438000 - Cartagena: 605 6945444 - Pereira: 606 3402582 - Barranquilla: 605 3618850 - Resto del País: 018000 971 971 - ¡Más que Fácil, SIMPLE!

¡El Poder de lo SIMPLE!

Antes de imprimir, asegúrese que sea realmente necesario. Proteger el medio ambiente está en nuestras manos.

DAVIVIENDA

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **ANGELICA ELIZABETH RAMIREZ AREVALO**, quien se identifica con **Cédula de ciudadanía** No. **53016869** y es titular de la cuenta terminada en ****7915** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
08/02/2025	$ 659.700,00	SIMPLE OI	1253000186	53000186

Se expide en Bogotá, el 17-02-2025.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

Banco Davivienda S.A.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA