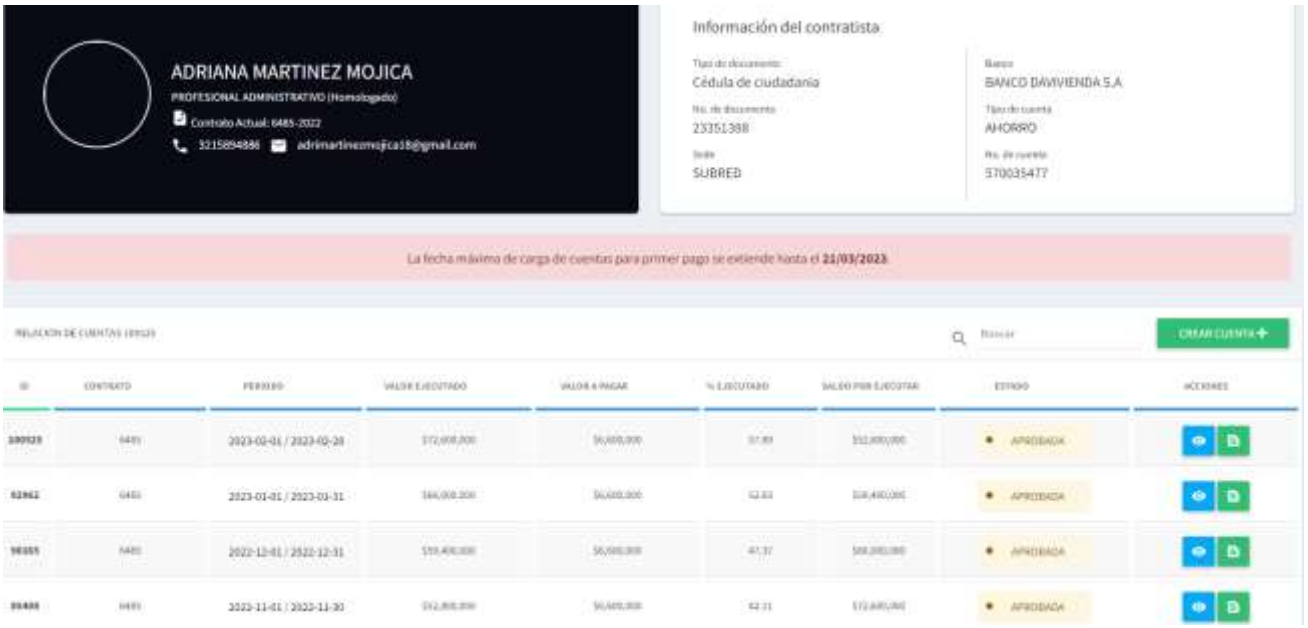


ADRIANA MARTINEZ MOJICA

PROFESIONAL ADMINISTRATIVO (Homologado)

Contrato Actual: 6485-2022

3215894886 adrimartinezmojica18@gmail.com

Información del contratista

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

No. de documento: 23351388

Sede: SUBRED

Banco: BANCO DAVIVIENDA S.A

Tipo de cuenta: AHORRO

No. de cuenta: 570035477

La fecha máxima de carga de cuentas para primer pago se extiende hasta el **21/03/2023**.

RELACION DE CUENTAS CARGO

Buscar

CREAR CUENTA +

| ID | CONTRATO | PERIODO | VALOR EJECUTADO | VALOR A PAGAR | % EJECUTADO | SALDO POR EJECUTAR | ESTADO | ACCIONES |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 330123 | 6485 | 2023-02-01 / 2023-02-28 | $72,600,000 | $6,600,000 | 57.89 | $52,800,000 | APROBADA | |
| 62962 | 6485 | 2023-01-01 / 2023-01-31 | $66,000,000 | $6,600,000 | 52.63 | $58,400,000 | APROBADA | |
| 98355 | 6485 | 2022-12-01 / 2022-12-31 | $59,400,000 | $6,600,000 | 47.37 | $58,000,000 | APROBADA | |
| 89488 | 6485 | 2023-11-01 / 2023-11-30 | $52,800,000 | $6,600,000 | 42.11 | $72,600,000 | APROBADA | |

| NOMBRE | DOCUMENTO | CORREO | CELULAR | BANCO | TIPO DE CUENTA | NO. DE CUENTA |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ADRIANA MARTINEZ MOJICA | 23351388 | adrimartinezmojica18@gmail.com | 3215894886 | BANCO DAVIVIENDA S.A | AHORRO | 570035477 |
| PERIODO | SUPERVISOR | CONTRATO CDP / CRP | CENTROS DE COSTO | DOCUMENTO EQUIVALENTE | NO. PLANILLA | PLANILLA |
| 2023-02-01 / 2023-02-28 | Juan Manuel Mendieta Novoa | 6485 18 / 1076 | • RE11001 - 100 % | • EQUIVALENTE 23351388 20230220101424 DOCUMENTO EQUIVALENTE FEBRERO 2023 OK.pdf | 80458852 | • PLANILLA 23351388 20230220101424 PLANILLA SEGURIDAD SOCIAL ENERO 2023.pdf |
| VALOR TOTAL MAS ADICIONES | | VALOR EJECUTADO | VALOR A PAGAR | VALOR A LIBERAR | SALDO POR EJECUTAR | PORCENTAJE DE EJECUCIÓN |
| $132,400,000 | | $72,600,000 | $6,600,000 | | $52,800,000 | 57.89% |

| ID | OBLIGACIÓN | ACTIVIDADES | PRODUCTOS |
|---|---|---|---|
| 456901 | Apoyo en el seguimiento de la operación de los contratos, lo cual incluye seguimiento al presupuesto, contabilidad, cartera y glosa de la venta de servicios de APH en la Unidad Funcional de APH Sur Occidente, así como, articular las actividades que se deben realizar en compañía de las demás áreas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E, para la correcta ejecución del convenio interadministrativo | • Se realizó gestión frente al seguimiento al presupuesto de la Unidad Funcional APH | • Informes de Gestión Convenio APH |
| 456902 | Soportar el proceso de negociación con clientes potenciales, consolidando información que permita la validación técnica a las propuestas y contrato con las mismas | • Se realizó la consolidación y análisis de la información financiera de la Unidad Funcional de APH | • Informes de gestión, correos, solicitud información |
| 456903 | Participar en la actualización documental de la Unidad Funcional de APH Suroccidente | • Se participo en las diferentes actividades de actualización documental de la Unidad Funcional APH | • Informes de Gestión |
| 456904 | Apoyar el seguimiento de la operación de los contratos, lo cual incluye seguimiento al presupuesto, contabilidad, cartera y glosa de la venta de servicios de APH en la Unidad Funcional de APH Suroccidente. | • Se realizó articulación con las diferentes áreas para el seguimiento financiero de la Unidad Funcional APH | • Correos, certificaciones. |
| 456905 | Articular las actividades que se deben realizar en articulación con las demás áreas de la Subred Integrada de Servicios de Salud Suroccidente E.S.E, para la correcta ejecución del convenio de APH. | • Se realizó articulación con las diferentes áreas de la Subred y se solicitó certificaciones de la ejecución del convenio por los diferentes conceptos, como insumos, mantenimiento, combustible | • Correos, certificaciones. |
| 456906 | Portar de manera decorosa las prendas institucionales acorde a lo establecido en el manual de imagen del CRUE junto con el carnet que | • Se porta con el carne institucional | • Utilización carnet |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **456907** | Cumplimiento de lo contemplado en el manual de bioseguridad. | • Se da cumplimiento a lo establecido en el manual de bioseguridad | • Se da cumplimiento a lo establecido en el manual de bioseguridad. |
| **456908** | Asistir a las reuniones y capacitaciones programadas desde la Dirección del Centro Regulador de Urgencias y Emergencias en Salud CRUE y al interior de la Subred. | • Se asiste a reuniones programadas | • Actas de reunión |
| **456909** | Realizar , de informes administrativos con las características de fiabilidad, calidad y oportuno inherentes de la Unidad Funcional de APH | • Se elaboraran informes administrativos de la Unidad Funcional de APh | • Informes de Gestión Convenio Unidad Funcional APH |
| **456910** | Realizar en conjunto con la líder y el equipo matriz de riesgos. | • Se participa de la elaboración de la matriz de riesgos | • Matriz de riesgos |
| **456911** | Adoptar los procesos, procedimientos, guías, instructivos, formatos, protocolos que se requieran para cabal el cumplimiento de las actividades. | • Se da cumplimiento con los procedimientos establecidos de la Unidad Funcional APH | • Cumplimiento procedimientos |
| **456912** | Trato digno y humanizado tanto al cliente interno como externo. | • Se cumple con el trato digno al cliente interno y externo. | • Se cumple con el trato digno al cliente interno y externo. |
| **456913** | Gestionar acciones para la seguridad y confidencialidad de la información que maneja de acuerdo al desarrollo de las actividades. | • Se gestionan las diferentes acciones de seguridad y confidencialidad de la información. | • Cumplimiento desarrollo de actividades |
| **456914** | Aplicar las políticas de calidad de la institución participando activamente en los procesos del sistema de gestión de calidad institucional. | • Se participan en las diferentes actividades de calidad institucional | • Cumplimiento políticas de calidad |
| **456915** | Gestionar , diligenciar y analizar los indicadores de gestión y calidad , en la ficha técnica respectiva, de la Unidad Funcional Subred Suroccidente. | • Se gestiona la medición de indicadores de gestión y calidad en la ficha respectiva. | • Medición indicadores |
| **456916** | Otras actividades asignadas de acuerdo al objeto del contrato y a las necesidades del servicio , las cuales pueden ser desempeñadas en cualquiera de las Unidades de la Subred Suroccidente E. S.E. | • Se cumplió con las diferentes actividades asignadas. | • Cumplimiento actividades asignadas |

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | | | |
|---|---|---|---|
| **CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA** | Versión | 3 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
| | Fecha de aprobación | 2/15/2018 | |
| | Código: | 04-02-FO-0002 | |

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | ADRIANA MARTINEZ MOJICA | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | No. | 23351388 | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | adrimartinezmojica18@gmail.com | | | | CELULAR: | 3215894886 | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | | | | | SUBRED | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | SERVICIO DE AMBULANCIAS - TRASLADO PRIMARIO PATIO BONITO TINTAL | | | | SEDE: | SUBRED | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | | | | | | | |
| | KE11G01 | 100 | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | BANCO DAVIVIENDA S.A | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORRO | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 570035477 | | | | | | PENSIONADO | NO | |

INFORMACIÓN PARA EL PAGO DEL CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO | 6485 | | | VIGENCIA | | 2022 | | |
| NÚMERO DE CDP | 18 | FECHA | 2023-01-01 00:00:00.000 | NÚMERO DE CRP | 1075 | FECHA | 2023-01-01 20:00:00.000 | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | PROFESIONAL ADMINISTRATIVO (Homologado) | | | | | | | |
| PERIODO CERTIFICADO: | | DESDE | FECHA INICIAL | HASTA | FECHA FINAL | | | |
| | | | 2023-02-01 | | 2023-02-28 | | | |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | | | | $6,600,000 | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | Administrativo | RESERVA DE GLOSA 0% | | N/A | | | | |

OBSERVACIONES: (Descuentos, incapacidades, licencias de maternidad y pagos por porcentaje. O cualquier otra novedad que repercuta en el pago de honorarios, alivios tributarios) es de anotar que para los alivios tributarios se debe allegar los soportes.

CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $125,400,000 |
| VALOR EJECUTADO | $72,600,000 |
| VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA | $6,600,000 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $52,800,000 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 58% |

El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:

Se verifica el cumplimiento del mínimo valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a $2.194,507 el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% IBC | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 65408852 | $2,640,000 | $330,000 | $422,400 | 3 | $64,310 | $816,710 |

Dado en Bogotá a los veintiocho(28) días del mes de Febrero de 2023. Lo anterior para que surta el pago pertinente.

Constancia virtual de la cuenta de cobro aprobada por la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Todos los derechos reservados de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E..
Copyright © 2021

Copia Certificada Subred Suroccidente

**DOCUMENTO EQUIVALENTE A FACTURA**

**LA SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E**

**NIT: 900.959.048-4**

**DEBE A:**

**ADRIANA MARTINEZ MOJICA**

**C.C.23351388 DE BOAVITA**

La suma de SEIS MILLONES SEISCIENTOS MIL PESOS M/CTE ($6.600.000), por concepto de: Prestar servicios profesionales especializados a la gestión administrativa y/o asistencial en el área de Atención Pre Hospitalaria dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E, de acuerdo al requerimiento institucional., como profesional especializado II, durante el periodo de 1 al 28 de febrero de 2023 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No.6485-2022.

Adriana Martinez M.

**ADRIANA MARTINEZ MOJICA**

**C.C.23351388 DE BOAVITA**

**CUENTA DE AHORROS BANCO DAVICIENDA**

**NUMERO 0570000570035477**

Bogotá, Febrero de 2023

Señores

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

Ciudad

Asunto: **Retención en la fuente**

Cordial saludo, me permito informar que me acojo a lo establecido en el Decreto 099 del 25 de enero de 2013.

**Certifico:**

- Que tengo a mi cargo (2) personas como dependientes menores de 18 que se encuentran estudiando:

María Juliana Tarazona Martínez RC.1013112860 Edad 16 años

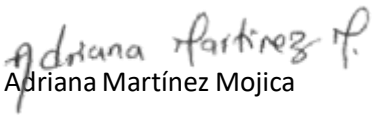
Juan Esteban Tarazona Martínez RC.1028868962 Edad 12 años

- **Crédito hipotecario**

En la actualidad tengo crédito hipotecario con el Banco Davivienda, anexo certificado tributario del año 2021 y extracto de diciembre 2022. No se anexa certificado tributario del 2022 porque la entidad financiera aún no lo expide.

Agradezco la atención prestada, para la aplicación del beneficio tributario

Cordialmente,



Adriana Martínez Mojica

REPÚBLICA DE COLOMBIA

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO

NUIP 1013112860

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo 40614122

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría [ ] Notaría [X] Número 53 Consulado [ ] Corregimiento [ ] Código A 2 H

País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección de Policía

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA-

**Datos del inscrito**

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| TARAZONA- | MARTINEZ- |

Nombre(s)

MARIA JULIANA-

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo Sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2006 Mes NOV Día 21 | FEMENINO | A | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento o Inspección)

COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA-

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número y título alto de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO DE NACIDO VIVO- | A7621694 |

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos

MARTINEZ MOJICA ADRIANA-

| Documento de identificación (Clase y número) | | Nacionalidad |
|---|---|---|
| C.C. 23351388 | BOAVITA- | COLOMBIANA |

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos

TARAZONA MEDINA NELSON-

| Documento de Identificación (Clase y número) | | Nacionalidad |
|---|---|---|
| C.C. 4060395 | BOAVITA | COLOMBIANA- |

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos

TARAZONA MEDINA NELSON-

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| C.C. 4060395 BOAVITA- | |

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos

| Documento de Identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| Fecha de Inscripción | Nombre y firma del funcionario que autoriza |
|---|---|
| Año 2006 Mes DIC Día 05 | EDUARDO VERGARA WIESNER<br>Nombre y firma |

| Reconocimiento paterno | Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento |
|---|---|
| Firma | Nombre y Firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

NOTARIA 53 DEL CIRCULO DE BOGOTA D.C. NOTARIO REGISTRO CIVIL

— ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO —

*40614122*

NOTARIA 53

REGISTRO CIVIL

El presente registro es fotocopia auténtica tomada del original que reposa en nuestros archivos de Registro Civil.

Dado en Bogotá 25 OCT 2016

REPÚBLICA DE COLOMBIA
HECTOR ADOLFO SARMIENTO SARELA
NOTARIA 53 DEL CIRCULO DE BOGOTA

COPIA DEL ORIGINAL

**REPÚBLICA DE COLOMBIA**

ORGANIZACIÓN ELECTORAL
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL
DIRECCIÓN NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

NUIP 1.028.868.962

# REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 44329523

*Datos de la oficina de registro - Clase de oficina*

Registraduría [X] Notaría [ ] Número [ ] Consulado [ ] Corregimiento [ ] Inspección de Policía [ ] Código A C W

País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía

REGISTRADURIA DE KENNEDY-CL COLSUBSIDIO R - COLOMBIA - CUNDINAMARCA

*Datos del inscrito*

| Primer Apellido | Segundo Apellido |
|---|---|
| TARAZONA | MARTINEZ |

Nombre(s): JUAN ESTEBAN

| Fecha de nacimiento | Sexo (en letras) | Grupo sanguíneo | Factor RH |
|---|---|---|---|
| Año 2010 Mes MAR Día 05 | MASCULINO | O | POSITIVO |

Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección): COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

| Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos | Número certificado de nacido vivo |
|---|---|
| CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO | 52379027-7 |

*Datos de la madre*

Apellidos y nombres completos: MARTINEZ MOJICA ADRIANA

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 23.351.388 | COLOMBIA |

*Datos del padre*

Apellidos y nombres completos: TARAZONA MEDINA NELSON

| Documento de identificación (Clase y número) | Nacionalidad |
|---|---|
| CC 4.060.395 | COLOMBIA |

*Datos del declarante*

Apellidos y nombres completos: TARAZONA MEDINA NELSON

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| CC 4.060.395 | X |

*Datos primer testigo*

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

*Datos segundo testigo*

Apellidos y nombres completos:

| Documento de identificación (Clase y número) | Firma |
|---|---|
| | |

| *Fecha de inscripción* | *Nombre y firma del funcionario que autoriza* |
|---|---|
| Año 2010 Mes MAR Día 06 | JOSE ANDRES MEDINA MONCADA. - RE |
| | Nombre y firma |

| *Reconocimiento paterno* | *Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento* |
|---|---|
| Firma | Nombre y firma |

**ESPACIO PARA NOTAS**

- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

ESTE REGISTRO ES FIEL FOTOCOPIA DEL ORIGINA, EL CUAL REPOSA EN LOS ARCHIVOS DE ESTA OFICINA. SE EXPIDE PARA ACREDITAR PARENTESCO, ARTICULO 115 DECRETO LEY

DAVIVIENDA

**BANCO DAVIVIENDA S.A.** Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **ADRIANAMARTINEZ MOJICA**

Fecha de solicitud: 2022-03-19

Identificación: C.C 23351388

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de expedición: 2022-03-15

## INFORMACIÓN CUENTAS DE AHORROS, CORRIENTES Y DEPÓSITOS DE BAJO MONTO

| PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | SALDO A 31.DIC.2021 | RENDIMIENTOS FINANCIEROS PAGADOS | RENDIMIENTOS NO GRAVADOS 100.00% * | VALOR RETENCIÓN EN LA FUENTE RENTA | VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS RETENIDO** | INTERESES PAGADOS POR SOBREGIRO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CUENTA DAMAS | 0550004500188158 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| CUENTA FIJO DIARIO | 0570000570035477 | $1,961,552.41 | $1,110.55 | $1,110.55 | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| CUENTA CORRIENTE | 0560000560002065 | $2,716.80 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| CUENTA CORRIENTE | 0560004560025910 | $18.37 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| **TOTALES** | | **$1,964,287.58** | **$1,110.55** | **$1,110.55** | **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** |

**De conformidad con lo dispuesto en el artículo 115 del Estatuto Tributario (modificado por el artículo 86 de la Ley 2010 de 2019), solo el 50% de GMF es deducible
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares , encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.
* Componente inflacionario de los rendimientos financieros percibidos durante el año.

## MOVIMIENTO A CUENTAS AFC- APORTES EFECTUADOS AÑO 2021 EN CUENTAS AFC

| PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | APORTES CON CONTINGENTE | APORTES SIN CONTINGENTE | APORTES POR TRASLADOS DE OTROS FONDOS VOLUNTARIOS DE PENSIONES | APORTES POR TRASLADOS DE OTRAS CUENTAS AFC | VALORIZACIONES DE LOS APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CUENTA AFC | 0550004500188158 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| **TOTALES** | | **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** |

## RETIROS EFECTUADOS EN EL AÑO 2021 EN CUENTAS AFC

| PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | RETIROS GRAVADOS | RETIROS CON DESTINO VIVIENDA | RETIROS EXENTOS | RETIROS SIN CONTINGENTE | TRASLADOS A OTROS FONDOS / AFC |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CUENTA AFC | 0550004500188158 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| **TOTALES** | | **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

**BANCO DAVIVIENDA S.A.** Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **ADRIANAMARTINEZ MOJICA**

Identificación: C.C 23351388

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de solicitud: 2022-03-19

Fecha de expedición: 2022-03-15

## RETIROS DE RENDIMIENTOS FINANCIEROS Y RETENCIONES EN LA FUENTE APLICADAS EN EL AÑO 2021 EN CUENTAS AFC

| PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | RETIRO DE RENDIMIENTOS GRAVADOS | RETIROS DE RENDIMIENTOS EXENTOS | RETENCIÓN CONTINGENTE PRACTICADA | RETENCIÓN SOBRE RETIROS DIRECTOS |
|---|---|---|---|---|---|
| CUENTA AFC | 0550004500188158 | $0.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| **TOTALES** | | **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** |

## PRODUCTOS HIPOTECARIOS

| PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | FECHA DE INICIO DEL CREDITO | MONTO INICIAL | SALDO AL 31.DIC 2020 | SALDO AL 31.DIC.2021 | PAGOS O CANONES DEL PERIODO | VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS O COSTOS FINANCIEROS | DEDUCCIÓN INDIVIDUAL MÁXIMA AÑO .2021 | VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CRÉDITO HIPOTECARIO | 5700004500268085 | 16/07/2014 | $56,231,000.00 | $55,114,585.33 | $48,719,138.02 | $12,198,350.00 | $6,432,209.29 | $6,432,209.29 | $0.00 |
| **TOTALES** | | | **$56,231,000.00** | **$55,114,585.33** | **$48,719,138.02** | **$12,198,350.00** | **$6,432,209.29** | **$6,432,209.29** | **$0.00** |

Las deducciones en prestamos de vivienda y leasing Habitacional no se pueden solicitar como beneficios en forma concurrente Articulo 1 2 1 1.6 del Decreto 1625 de 2016

## CREDITOS CONSTRUCTOR, CREDIEXPRES, CREDIPLUS

| PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | VALOR UTILIZACIONES | SALDO AL 31.DIC.2021 | PAGOS DEL PERIODO | VALOR UVR Y/O INTERESES PAGADOS | VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| CREDIEXPRESS | 6600004500483295 | $600,000.00 | $600,000.00 | $0.00 | $0.00 | $0.00 |
| **TOTALES** | | **$600,000.00** | **$600,000.00** | **$0.00** | **$0.00** | **$0.00** |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

**BANCO DAVIVIENDA S.A.** Nit 860.034.313-7
Avenida El Dorado No. 68C-61 Piso 1, Bogotá

Cliente: **ADRIANAMARTINEZ MOJICA**

Identificación: C.C 23351388

Ciudad donde se consignó la retención en la fuente de renta y GMF: Bogotá

Fecha de solicitud: 2022-03-19

Fecha de expedición: 2022-03-15

## OTROS PRODUCTOS DE CREDITO

| PRODUCTO | NÚMERO DE PRODUCTO | FECHA DE INICIO DEL CREDITO | MONTO INICIAL | SALDO AL 31.DIC.2020 | SALDO AL 31.DIC.2021 | PAGOS DEL PERIODO | VALOR INTERESES Y/O UVR PAGADOS | VALOR GRAVAMEN A LOS MOVIMIENTOS FINANCIEROS* |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CONSUMO | 5900004500467990 | 09/07/2019 | $35,276,394.30 | $35,438,447.53 | $31,270,759.41 | $6,983,362.00 | $3,115,828.53 | $0.00 |
| **TOTALES** | | | **$35,276,394.30** | **$35,438,447.53** | **$31,270,759.41** | **$6,983,362.00** | **$3,115,828.53** | **$0.00** |

*De acuerdo con el artículo 45 de la Ley 1430 de 2010, solo el 50% de GMF es deducible

## INFORMACION ADICIONAL

De acuerdo al Artículo 1.6.1.12.12 del Decreto 1625 de 2016, los certificados expedidos en forma continua por computador no Requieren firma Autógrafa
Esta certificacion incluye todos los productos vigentes o cancelados poseidos durante el año 2021
Recuerde: El Decreto 1778 del 20 de diciembre del 2021 establece quienes son declarantes de renta para el año 2021.
En este mismo decreto se establecen los plazos para declarar y pagar el impuesto sobre la renta y complementarios
Estimado cliente. Si ademas usted fue proveedor del Banco, puede realizar la solicitud de los certificados en la direccion**informacionpagoproveedores@davivienda.com**
La tarifa de retencion en la fuente aplicada a las operaciones con tarjetas debito y/o credito corresponde al 1.5% y el 0.001% para el caso de combustibles
Estimado cliente. Si usted figura como segundo titular de algún producto, en la sección de Segundos titulares, encontrará los datos totales del producto; los cuales son de carácter informativo. Esta información se debe tomar según su % de participación.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

DAVIVIENDA

NIT.860.034.313-7

# ExtractoCréditoHipotecario

## 570000450026808-5

Banco Davivienda S.A.

ApreciadoCliente

**ADRIANAMARTINEZMOJICA**

ADMM06@GMAIL.COM

-

| | |
|---|---|
| Págueseantesdel | Oct.12/2022 |
| **ValoraPagar** | **$810,000.00** |
| ValorenMora | $0.00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Periodo Liquidado | Sep.12/2022-Oct.12/2022 | No. Cuotas que se cancela | 39 |
| No.DíasLiquidados | 30 | No.CuotasPdtes.PagoTotal | 83 |
| No.DíasenMora | 0 | Tasa Interés Cte.Pactada | 12.25 EfectivoAnual |
| SistemadeAmortización | FIJAPESOS | Tasa Interés Cte.Cobrada | 12.25 EfectivoAnual |
| Plazo | 122 | TasaInterésMoraCobrada | |




El costo de gestión de recaudo del valor de la prima del Seguro de vida Deudor y/o Incendio y terremoto es COP $17.536, más iva. Tenga en cuenta que este valor es asumido por la aseguradora y no por el cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7707197266006(8020)5700004500268085(3900)81000000(96)20300212

Nodelcrédito: 570000450026808-5

Cliente: **ADRIANAMARTINEZMOJICA**

DocumentoNo:0000000000

Fechadepago: Día ☐ Mes ☐ Año ☐

| **FORMADEPAGO** | |
|---|---|
| CHEQUE | |
| EFECTIVO | |
| TOTAL | |

| **DETALLEDELOSCHEQUES** | | |
|---|---|---|
| CódigoBanco | No.deCuentadelCheque | Valor |
| | | |
| | | |
| | | |

**CUOTASEXTRAORDINARIAS**

☐ Abono a Capital

☐ Disminuircuotamensual

☐ Adelantodecuotas

ESTEPAGOSÓLOESVÁLIDOCONELTIMBREDECAJAOSELLO

Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.
Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: **José Guillermo Peña González** Dirección: Av. 19 No. 114 -09, Of. 502. Bogotá D.C., Colombia. Teléfono: (+57 601) 2131370 | 2131322 Correo Electrónico: defensordelcliente@davivienda.com. Para mayor información en www.davivienda.com
Apreciado cliente, le recordamos que desde el momento en que su obligación entre en mora, el Banco, con el fin de recaudar las sumas pendientes deberá realizar gestiones de cobro cuyo costo le será trasladado. Dicho valor variará dependiendo de los días de mora y el tipo de producto y se liquidarán sobre el valor del pago y hasta el valor del saldo vencido. "Lo invitamos a permanecer al día con sus obligaciones. Recuerde que el incumplimiento en sus pagos genera reporte negativo ante los operadores de información. Ley 1266 de 2008".

A ContinuaciónDetallamosel Comportamiento de su Crédito en el Periodo Anterior de Ago.12/2022aSep.12/2022

## MovimientosRegistradosensuCrédito duranteelperiodo

| Fecha DíaMesAño | Valorenpesos | No. Operación | ClasedeMovimiento |
|---|---|---|---|
| 12Sep2022 | $809,226.00 | 01580604 | ABONOTRANSFER |
| 12Sep2022 | $251.41 | 01580604 | REINTEGROINTRS |

TotalAbonado: $809,477.41

## ValoresAplicados en el Periodo

| | **ValoresenPesos** |
|---|---|
| SegurodeVidaeITP | $25,528.00 |
| SegurodeIncendioyAnexos | $35,698.00 |
| OtrosCargos* | $0.00 |
| InteresesdeMora | $0.00 |
| InteresesCorrientes | $377,430.53 |
| AbonosaCapital | $370,820.88 |
| **TotalAplicado** | $809,477.41 |
| ValorPagadoPorAnticipado | $0.00 |

ValorAseguradodelInmueble: $136,355,417.00

## NuevoSaldodesucrédito

| | | ValorenPesos |
|---|---|---|
| SaldoAnterior: | Ago.12/2022 | $43,012,506.80 |
| -TotalAplicadoenelPeriodo | | $809,477.41 |
| +InteresesCorrientes | | $377,430.53 |
| +InteresesdeMora | | $0.00 |
| +Seguros | | $61,226.00 |
| +OtrosCargos* | | $0.00 |
| Saldoa: | Sep.12/2022 | $45,179,456.45 |
| Valoresdelcréditoatasacero: | | $6,517,180.41 |

**Notas:** -Si ustedrealizó el pagode su cuotaanteriordespuésdelafechadecorte, posiblementeestenoserefleje en el extractodecuenta. Porlotantousteddebeconsultar el valor de la próximacuotaa pagar en nuestrasoficinas, centros de cartera,cajerosautomáticos,Call Center,www.davivienda.como Teléfonorojo. -Si su extracto no llegaoportunamente,ellonole eximedeefectuar su pago en la fechaprevista. Podremosayudarleinformándoleel valor de lacuota a pagaren cualquieradenuestras oficinas entodo el país, cajeros automáticos, Call Center, www.davivienda.como Teléfonorojo.

*El valor cobradoen Otros Cargoscorrespondeal segurodeprotección de pagosadquiridovoluntariamentepor usted, costosjudiciales, costosde cobranzas,comisionesFondoNacional de Garantías, FondoAgropecuarioo DCA, en casoque hayalugar aello.

-La mora en el pago de tres (3) cuotas consecutivasdel crédito de vivienda o cánonesconsecutivosdel contratode leasing habitacional beneficiario de la cobertura, ocasionarála terminación automáticade la mismaa partir del día hábil siguiente al vencimientodela terceracuota o canonincumplido, sin necesidad de aviso o requerimientoalguno. En este caso el deudor del crédito o locatariodel contratode leasingperderá el derechoa la coberturarespectodel saldodel créditoo contrato de leasing, y de ningunamanerapodrá exigir su restitución o accedera una nueva mediantela vinculacióncon otro créditode viviendao contratode leasinghabitacional. -Quela coberturaequivaldráa un montomáximo mensual en pesos resultante de dividir cuarentay dos (42) SMMLV al momentodel desembolso del crédito o del inicio del contrato de leasing habitacional entre ochentay cuatro (84) mensualidades. El montoresultante por la cobertura asignadanotendráactualizaciónconelincrementodecadaañodelSMMLV..Entodocaso,elmontodelacoberturamensualnopodrásersuperioralmontocausadoporinteresescorrientesenelrespectivomes.

EspacioReservadoparaelCajero

Agradecemosnosinformecualquiermodificaciónensusdatos,locualnospermitiráatenderloconmayoreficiencia

| DirecciónCorrespondencia | TeléfonoHorasHábiles |
|---|---|
| Ciudad | TeléfonoResidencia |

DAVIVIENDA

NIT. 860.034.313-7

# Extracto Crédito Hipotecario

570000450026808-5

Banco Davivienda S.A.

Apreciado Cliente

**ADRIANA MARTINEZ MOJICA**

ADMM06@GMAIL.COM

-

| | |
|---|---|
| Páguese antes del | Ene. 12/2023 |
| **Valor a Pagar** | **$810,000.00** |
| Valor en Mora | $0.00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Periodo Liquidado | Dic. 12/2022 - Ene. 12/2023 | No. Cuotas que se cancela | 42 |
| No. Días Liquidados | 31 | No. Cuotas Pdtes. Pago Total | 80 |
| No. Días en Mora | 0 | Tasa Interés Cte.Pactada | 12.25 Efectivo Anual |
| Sistema de Amortización | FIJA PESOS | Tasa Interés Cte.Cobrada | 12.25 Efectivo Anual |
| Plazo | 122 | Tasa Interés Mora Cobrada | |




El costo de gestión de recaudo del valor de la prima del Seguro de vida Deudor y/o Incendio y terremoto es COP $17.536, más iva. Tenga en cuenta que este valor es asumido por la aseguradora y no por el cliente.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

(415)7707197266006(8020)5700004500268085(3900)81000000(96)20300212

No del crédito: 570000450026808-5
Cliente: **ADRIANA MARTINEZ MOJICA**
Documento No: 0000000000
Fecha de pago: Día [ ] Mes [ ] Año [ ]

| FORMA DE PAGO | |
|---|---|
| CHEQUE | |
| EFECTIVO | |
| TOTAL | |

| DETALLE DE LOS CHEQUES | | |
|---|---|---|
| Código Banco | No. de Cuenta del Cheque | Valor |
| | | |
| | | |
| | | |

**CUOTAS EXTRAORDINARIAS**

- ☐ Abono a Capital
- ☐ Disminuir cuota mensual
- ☐ Adelanto de cuotas

ESTE PAGO SÓLO ES VÁLIDO CON EL TIMBRE DE CAJA O SELLO

Cualquier diferencia con el saldo, favor comunicarla a nuestra revisoría fiscal KPMG Ltda. A.A. 77859 de Bogotá.
Recuerde que usted también cuenta con nuestro Defensor del Consumidor Financiero: **José Guillermo Peña González** Dirección: Av. 19 No. 114 -09, Of. 502. Bogotá D.C., Colombia. Teléfono: (+57 601) 2131370 | 2131322 Correo Electrónico: defensordelcliente@davivienda.com. Para mayor información en www.davivienda.com
Apreciado cliente, le recordamos que desde el momento en que su obligación entre en mora, el Banco, con el fin de recaudar las sumas pendientes deberá realizar gestiones de cobro cuyo costo le será trasladado. Dicho valor variará dependiendo de los días de mora y el tipo de producto y se liquidarán sobre el valor del pago y hasta el valor del saldo vencido. "Lo invitamos a permanecer al día con sus obligaciones. Recuerde que el incumplimiento en sus pagos genera reporte negativo ante los operadores de información. Ley 1266 de 2008".

A Continuación Detallamos el Comportamiento de su Crédito en el Periodo Anterior
de Nov. 12/2022 a Dic. 12/2022

| Movimientos Registrados en su Crédito durante el periodo | Valores Aplicados en el Periodo |
|---|---|

| Fecha Día Mes Año | Valor en pesos | No. Operación | Clase de Movimiento |
|---|---|---|---|
| 07Dic2022 | $810,000.00 | 02531352 | ABONO TRANSFER |

| | **Valores en Pesos** |
|---|---|
| Seguro de Vida e ITP | $24,896.00 |
| Seguro de Incendio y Anexos | $35,698.00 |
| Otros Cargos * | $0.00 |
| Intereses de Mora | $0.00 |
| Intereses Corrientes | $366,185.55 |
| Abonos a Capital | $383,220.45 |
| **Total Aplicado** | $810,000.00 |
| Valor Pagado Por Anticipado | $0.00 |

| | |
|---|---|
| Total Abonado: | $810,000.00 |

| | |
|---|---|
| Valor Asegurado del Inmueble: | $ 136,355,417.00 |

## Nuevo Saldo de su crédito

| | | Valor en Pesos |
|---|---|---|
| Saldo Anterior: | Nov. 12/2022 | $ 41,887,007.10 |
| - Total Aplicado en el Periodo | | $ 810,000.00 |
| + Intereses Corrientes | | $ 366,185.55 |
| + Intereses de Mora | | $ 0.00 |
| + Seguros | | $ 60,594.00 |
| + Otros Cargos * | | $ 0.00 |
| Saldo a: | Dic. 12/2022 | $ 44,041,557.18 |
| Valores del crédito a tasa cero: | | $ 6,433,804.02 |

**Notas:** -Si usted realizó el pago de su cuota anterior después de la fecha de corte, posiblemente este no se refleje en el extracto de cuenta. Por lo tanto usted debe consultar el valor de la próxima cuota a pagar en nuestras oficinas, centros de cartera, cajeros automáticos, Call Center, www.davivienda.com o Teléfono rojo. -Si su extracto no llega oportunamente, ello no le exime de efectuar su pago en la fecha prevista. Podremos ayudarle informándole el valor de la cuota a pagar en cualquiera de nuestras oficinas en todo el país, cajeros automáticos, Call Center, www.davivienda.com o Teléfono rojo.

*El valor cobrado en Otros Cargos corresponde al seguro de protección de pagos adquirido voluntariamente por usted, costos judiciales, costos de cobranzas, comisiones Fondo Nacional de Garantías, Fondo Agropecuario o DCA, en caso que haya lugar a ello.

-La mora en el pago de tres (3) cuotas consecutivas del crédito de vivienda o cánones consecutivos del contrato de leasing habitacional beneficiario de la cobertura, ocasionará la terminación automática de la misma a partir del día hábil siguiente al vencimiento de la tercera cuota o canon incumplido, sin necesidad de aviso o requerimiento alguno. En este caso el deudor del crédito o locatario del contrato de leasing perderá el derecho a la cobertura respecto del saldo del crédito o contrato de leasing, y de ninguna manera podrá exigir su restitución o acceder a una nueva mediante la vinculación con otro crédito de vivienda o contrato de leasing habitacional. -Que la cobertura equivaldrá a un monto máximo mensual en pesos resultante de dividir cuarenta y dos (42) SMMLV al momento del desembolso del crédito o del inicio del contrato de leasing habitacional entre ochenta y cuatro (84) mensualidades. El monto resultante por la cobertura asignada no tendrá actualización con el incremento de cada año del SMMLV.. En todo caso, el monto de la cobertura mensual no podrá ser superior al monto causado por intereses corrientes en el respectivo mes.

Espacio Reservado para el Cajero

Agradecemos nos informe cualquier modificación en sus datos, lo cual nos permitirá atenderlo con mayor eficiencia

| Dirección Correspondencia | Teléfono Horas Hábiles |
|---|---|
| Ciudad | Teléfono Residencia |

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 | 23351388 | ADRIANA MARTINEZ MOJICA | TRASVERSAL 68 C No 30 -19 sur | 7104107 | admar06@gmail.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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD EMPLEADOS | CANTIDAD UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-01 | 2023-01 | I | 20/02/2023 | 65408852 | $816.800 | |

## 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 | | | | | |
| EPS017 | Famisanar EPS | 830003564-7 | 330.000 | 0 | | 0 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 330.000 | 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 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230201 | Proteccion (ING + Proteccion) | 800229739-0 | 422.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | 422.400 | 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 | 64.400 | | | | 64.400 | 0 | 0 | 64.400 | | | 644 | 64.400 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**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 | 330.000 | 330.000 |
| Pensión | 1 | 422.400 | 422.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 64.400 | 64.400 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| **TOTALES** | 3 | 816.800 | 816.800 |

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 | 23351388 | ADRIANA MARTINEZ MOJICA | | TRASVERSAL 68 C No 30 -19 sur | 7104107 | admar06@gmail.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) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2023-01 | 2023-01 | I | 20/02/2023 | 65408852 | $816.800 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Estornado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 23351388 | MARTINEZ MOJICA ADRIANA | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 2.640.000 | 422.400 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS017 | 2.640.000 | 330.000 | 14-11 | 2.640.000 | 3 | 64.400 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

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

ADRES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

# ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

**Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud**

**Resultados de la consulta**

## Información Básica del Afiliado :

| COLUMNAS | DATOS |
|---|---|
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN | CC |
| NÚMERO DE IDENTIFICACION | 23351388 |
| NOMBRES | ADRIANA |
| APELLIDOS | MARTINEZ MOJICA |
| FECHA DE NACIMIENTO | **/**/** |
| DEPARTAMENTO | CUNDINAMARCA |
| MUNICIPIO | MOSQUERA |

## Datos de afiliación :

| ESTADO | ENTIDAD | REGIMEN | FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA | FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN | TIPO DE AFILIADO |
|---|---|---|---|---|---|
| ACTIVO | EPS FAMISANAR S.A.S. | CONTRIBUTIVO | 30/03/2004 | 31/12/2999 | COTIZANTE |

| Fecha de Impresión: | 02/20/2023 09:53:39 | Estación de origen: | 192.168.70.220 |
|---|---|---|---|

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

**Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.**

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

**Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud**
**ADRES**

| Tipo Identificación | Numero Identificación | Primer Apellido | Segundo Apellido | Primer Nombre | Segundo Nombre | Ultimo Periodo Compensado | EPS/EOC | Tipo Afiliación |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC | 23351388 | MARTINEZ | MOJICA | ADRIANA | | 2022-12 | FAMISANAR E.P.S. | COTIZANTE |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2022 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2021 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2020 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2019 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2018 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2017 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2016 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

| EPS/EOC | Periodos Compensados | Dias Compensados | Tipo Afiliado | Observacion* |
|---|---|---|---|---|
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2015 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 09/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 08/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 07/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 06/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 05/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 04/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 03/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 02/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 01/2014 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 12/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 11/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |
| FAMISANAR E.P.S. | 10/2013 | 30 | COTIZANTE | Pago con cotización |

Información Importante:

El campo “Observación *” denota la siguiente situación:

**Pago con cotización:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Pago Normal, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo en la BDUA, en el marco del Decreto 780 de 2016.

**Estado Emergencia:** Aquellos registros reportados en la página web de la ADRES en la consulta de Consulta de Afiliados Compensados, identificados como Estado Emergencia, corresponden a los afiliados que compensaron en estado activo por emergencia, en el marco del artículo 15 del Decreto 538 de 2020. Por lo anterior no tienen cotizaciones en salud.

1 Información general
2 Condiciones
3 Bienes y servicios
4 Documentos del Proveedor
5 Documentos del contrato
6 Información presupuestal
7 Ejecución del Contrato
8 Modificaciones del Contrato
9 Incumplimientos

## Datos guardados

Cancelar

< Evaluación de la Entidad Estatal >

**VER CONTRATO**

## Ejecución del Contrato

Porcentaje Recepción de artículos

## Plan de Pagos

**¿Se requieren emisiones de códigos de autorización?** Sí No

| Id de pago | Número de factura | Fecha de emisión | Fecha de recepción | Valor total de la factura | Estado |
|---|---|---|---|---|---|

*No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados*

Crear

## Documentos de ejecución del contrato

| | Descripción | Nombre del archivo | Cargado por | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | POLIZA CTO 6485-2022.PDF | POLIZA CTO 6485-2022.PDF | Comprador | Descargar | Detalle |
| ☐ | Abril 2022.pdf | Abril 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Mayo 2022.pdf | Mayo 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Junio 2022.pdf | Junio 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Julio 2022.pdf | Julio 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ | Agosto 2022.pdf | Agosto 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Septiembre 2022.pdf | Septiembre 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | octubre 2022.pdf | octubre 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Noviembre 2022.pdf | Noviembre 2022.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |
| ☐ | Enero 2023.pdf | Enero 2023.pdf | Proveedor | Descargar | Detalle |

Borrar Cargar nuevo

© VORTAL 2019 Términos de uso Normativa Soporte Remoto Ayuda Español (Colombia) **018000-52-0808** www.colombiacompra.gov.co/soporte Lunes a Viernes 7:00 a.m. a 7:00 p.m.