CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO

Proceso de Gestión Contractual

INFORMACIÓN DE CONTRATO

Contrato N°	083-2023				
Fecha de Inicio:	2023-02-17	**Plazo de Ejecución:**	11 meses	**Fecha de Terminación:**	2024-01-16
Objeto Contractual:	Prestar los servicios profesionales especializados para el desarrollo e implementación de la estrategia de relacionamiento en el marco de la planeación estratégica y gobierno corporativo de la empresa.				
Valor total del contrato:	$152,790,000	CIENTO CINCUENTA Y DOS MILLONES SETECIENTOS NOVENTA MIL PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA			

INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Nombre:	SANCHEZ MORENO CAROLINA	**Tipo Ide.:**	CC	**# Ide.:**	52853887
Código(s) Presupuestal(es)	42450208.				
Rubro(s) Presupuestal(es)	SERVICIOS PRESTADOS A LAS EMPRESAS Y SERVICIOS DE PRODUCCIÓN - VIGENCIA				
Número(s) CRP(s)	202302 - 745	Saldo CRP	$132,418,000.00		
Número(s) CDP(s)	202302 - 804				

DATOS DE LA FACTURA(S) O CUENTA (S) DE COBRO AUTORIZADA(S)

No. Factura o Cuenta de Cobro	3-083-23	**Fecha:**	08/06/2023
Periodo a certificar:	INFORME DEL PERIODO DEL 01 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2023		
Valor a Pagar:	$13,890,000.00	(TRECE MILLONES OCHOCIENTOS NOVENTA MIL PESOS MONEDA LEGAL COLOMBIANA)	

Observaciones:

Se certifica que:

Que de conformidad con el Informe de Actividades presentado para el periodo referido; el contratista cumplió con las obligaciones establecidas contractualmente y realizó el pago de aportes de seguridad social en salud, pensión y ARL. En consecuencia se autoriza el pago del valor indicado en el presente certificado.

Supervisor (es) / Interventor (es)

JIMENEZ GOMEZ JUAN GUILLERMO
C.C. 89002626
GERENTE GENERAL
GERENCIA GENERAL

FECHA EXPEDICIÓN:	13/06/2023

BOGOTÁ | EMPRESA DE RENOVACIÓN Y DESARROLLO URBANO DE BOGOTÁ D.C.

INFORME DE ACTIVIDADES

DATOS DEL INFORME					
CONTRATISTA:	CAROLINA SÁNCHEZ MORENO		**IDENTIFICACIÓN:**	C.C. 52853887	
PERÍODO DEL INFORME:	Del 1 al 30 abril del año 2023	**VALOR A PAGAR:**	$13.890.000	**PAGO NÚMERO:**	3

DATOS DEL CONTRATO					
No. CONTRATO:	**083-2023**	**FECHA DE SUSCRIPCIÓN:**	16 de febrero de 2023	**FECHA DE INICIO:**	17 de febrero de 2023

OBJETO: Prestar los servicios profesionales especializados para el desarrollo e implementación de la estrategia de relacionamiento en el marco de la planeación estratégica y gobierno corporativo de la empresa.

VALOR DEL CONTRATO:	$ 152.800.000,00	**PLAZO:**	Once (12) meses	**FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS):**	16 de enero de 2024
ADICIÓN (Valor):	N/A	**PRÓRROGA (Tiempo):**	N/A		
NOMBRE DEL INTERVENTOR O SUPERVISOR:	JIMENEZ GOMEZ JUAN GUILLERMO		**CARGO O VINCULACIÓN DEL INTERVENTOR O SUPERVISOR:**	Gerente General	

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES DURANTE EL PERIODO REPORTADO

OBLIGACIÓN CONTRACTUAL	AVANCES/ACTIVIDADES REALIZADAS	EVIDENCIA	UBICACIÓN DE LA EVIDENCIA
1. Liderar la implementación de la estrategia de relacionamiento a través del apoyo a las acciones desarrolladas por la Empresa para la puesta en marcha de iniciativas corporativas a nivel Distrital, Nacional e Internacional, y que contribuyan a la misionalidad de la Empresa.	Participación en reuniones de coordinación para evento del lanzamiento San Victorino como apoyo desde la gerencia Coordinación de visita misión del Salvador y USAID en articulación con la Dirección de Relaciones Internacionales realizada el 17 y 18 de abril. Planeación de recorridos, presentaciones y acompañamiento con el apoyo de la SGU y de OAC	Calendario CSM Presentación PPT Correos	Carpeta en OwnDrive: Evidencias abril Cto 083-2023
2. Proponer y gestionar metodologías y construcción de protocolo de acuerdos de niveles de servicios requeridos para la implementación del modelo de relacionamiento de la empresa, que permitan mejorar las prácticas internas y externas del relacionamiento estratégico.	Revisión de avances de gobernanza y estructuración de propuesta sobre grupos de interés para Gobernanza en varias sesiones de trabajo. Apoyo al gerente en el Seguimiento de Propuestas y nuevos proyectos empresa a cargo de la dirección comercial	Calendario CSM Abril Matriz seguimieento de propuestas	Carpeta en OwnDrive: Evidencias abril Cto 083-2024
3. Revisar y/o ayudar a reestructurar la comunicación corporativa de la Empresa coordinando las acciones necesarias para su articulación con la estrategia de relacionamiento definida para la empresa.	Apoyar a Gerente en coorinación con Talento Humano y Alicia Covaleda en la realización de entrevistas a los trabajadores oficiales para mejorar el relacionamiento con este de grupo de colaboradores, identificando sus expectativas en la empresa y situación actual. Apoyo a la OAC en la contratación de una agencia para el diseño de un plan de comunicaciones y la organización del lanzamiento de marca y de la nueva visión de la empresa.	Calendario CSM Matriz de respuestas entrevistas (confidencial)	Carpeta en OwnDrive: Evidencias abril Cto 083-2025
4. Coordinar y apoyar la organización de actividades de promoción y eventos, capacitaciones, y demás en las cuales participe o deba participar la Empresa, que contribuya al logro de su misionalidad.	Programación de la semana de la renovación con Giovanna Spera, revisión de posibles invitados, temas y aliados. Versión preliminar de agenda. Participación en reuniones con Felipe Guzman – coordinador de Smart cities Expo Bogotá desde la Secretaría de Desarrollo Económico. Participación en reuniones con Corferias – Smart cities y apoyo en negociación de propuesta comercial al jefe de la OAC. Participación en reuniones y acciones de preparación del lanzamiento de la marca lideradas por la agencia contratada. Reunión de coordinación eventos internacionales sector Hábitat en los próximos meses con Jorge Iván Rubio, asesor de la Secretaria de Hábitat.	Propuesta Smartcities expo Agenda propuesta ERU	Carpeta en OwnDrive: Evidencias abril Cto 083-2026
5. Orientar al interior de la empresa con las diferentes dependencias que intervienen, en la identificación de los actores que intermedian en el modelo de relacionamiento de la empresa.	Están contenidas en las actividades 2 y 4.		Carpeta en OwnDrive: Evidencias abril Cto 083-2027
6. Elaborar los documentos y/o instrumentos tales como informes y demás requeridos para la implementación de objetivos y estrategias que contribuyan al compromiso de actores estratégicos de acuerdo al plan de acción previsto para la estrategia de relacionamiento de la empresa.	Durante este periodo no se realizaron actividades relacionadas con esta actividad.		Carpeta en OwnDrive: Evidencias abril Cto 083-2028
7. Identificar las necesidades de los actores con los que se establezcan las alianzas, así como mantener su comunicación para profundizar las alianzas.	Participación en el Taller de Co-Creación en la Universidad Externado de Colombia con la Dirección de Extensión Universitaria para ampliar esta oferta a las solicitudes actuales del sector (Ciudades Inteligentes) en este taller revisamos la actual oferta académica del Observatorio en programas de Posgrado, Educación Continuada y Consultoría, y las posibilidades que surgen desde nuestra empresa y otros aliados clave	Calendario CSM	Carpeta en OwnDrive: Evidencias abril Cto 083-2029
8. Elaborar informes periódicos del estado de las alianzas y eventos desarrollados en el marco de la estrategia de relacionamiento.	Participación en reuniones quincenales de seguimiento de la Gerencia General de las tareas asignadas. Seguimiento al diligenciamiento de matriz de cooperación internacional enviado el 4 de abril a la Dirección de relaciones internacionales.	Actas de reuniones Matriz cooperación internacional	Carpeta en OwnDrive: Evidencias abril Cto 083-2030
9. Programar, asistir y documentar las diferentes mesas de trabajo y/o reuniones que se requieran en el marco de la implementación de objetivos y estrategias asociadas a la Planeación estratégica de la Empresa.	Están contenidas en las actividades anteriores.	Calendario CSM	N/A

ESTADO TEMAS PENDIENTES DE TRÁMITE

Si es el último informe de ejecución, relacione el estado de los temas que le fueron asignados y a la fecha se encuentren pendientes de trámite:

DECLARACIÓN : Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las labores efectivamente desarrolladas en el periodo indicado en el mismo, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

INFORMACIÓN PAGOS SEGURIDAD SOCIAL

APORTES EN SALUD		APORTES EN PENSIÓN		APORTES RIESGOS LABORALES	
Empresa:	**Sanitas**	**Empresa:**	**Porvenir**	**Empresa:**	**POSITIVA**
Suma cancelada:	**$ 715.300,00**	**Suma cancelada:**	**$ 973.100,00**	**Suma cancelada:**	**$ 30.000,00**
No Planilla:	**67453479**	**No Planilla:**	**67453479**	**No Planilla:**	**67453479**
Mes(es) cancelado(s):	**Marzo**	**Mes(es) cancelado(s):**	**Marzo**	**Mes(es) cancelado(s):**	**Marzo**

FIRMA CONTRATISTA 

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo**, CAROLINA SANCHEZ MORENO** identificado (a) con cédula de ciudadanía No. **52853887** de **Bogotá** manifiesto **BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO** que:

1. De acuerdo con el Artículo 244 de la Ley 1955 de 2019, los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social en Salud corresponden al periodo de: **marzo** de **2023** pagados con los ingresos derivados del contrato No. **083 de 2023** materia del pago sujeto a Retención en la Fuente en Renta e ICA, pueden tomarse como deducción:

   SI _x_ NO ___

2. Para efecto de la aplicación de deducciones en la base de retención en la fuente establecidas en el Art. 387 del Estatuto Tributario, me permito informar lo siguiente:

2.1. Solicito deducción por pago de intereses o corrección monetaria en virtud de préstamos de adquisición de vivienda:

SI____ NO _x__, para lo cual adjunto certificado correspondiente del año inmediatamente anterior.

2.2. Solicito deducción por pagos de salud de medicina prepagada señalados en los literales a) y b) del artículo 387 del Estatuto Tributario:

SI__x__ NO ____, para lo cual adjunto certificado correspondiente del año inmediatamente anterior.

2.3. Solicito deducción por dependientes, así:

- Hijos menores de 18 años y dependen económicamente de mí:

  SI__x__ NO ____, para lo cual adjunto copia del (los) registro(s) civil(es) de nacimiento.

- Hijos con edad entre 18 y 23 años, que se encuentran estudiando actualmente, cuya educación es financiada por mí:

  SI____ NO _x___, para lo cual adjunto certificado de la entidad educativa y copia del (los) registro(s) civil(es) de nacimiento

- Hijos mayores de 18 años, padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos:

  SI____ NO _x____, para lo cual adjunto certificado y/o examen médico expedido por Medicina Legal o E.P.S. donde se encuentre afiliada la persona o cualquier otra entidad que legalmente sea competente

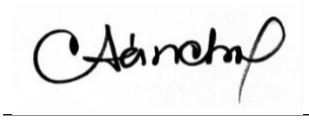
- Conyugue o compañero(a), padres y/o hermanos que se encuentran en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a 260 UVT ($11.027.120):

  SI_____ NO __x__, para lo cual adjunto certificación firmada por contador público y copia de la tarjeta profesional

3. Adicional a lo anterior, me comprometo a informar cualquier novedad que pueda surgir con respecto a todos los datos consignados en esta declaración.

La presente manifestación se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los 8 días del mes junio de 2023.

Atentamente,



Carolina Sánchez M

Cedula: 52853887

FECHA DE ACTUALIZACION DEL FORMATO POR LA SGC-CONTABILIDAD: 12/01/2023

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	52853887	CAROLINA SANCHEZ MORENO	CL 57B 37A 03 AP 501	3112511467	carosanchez80@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-03	2023-03	I	19/05/2023	67490293	$1.718.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	694.500	0		0		0	25	20.800	0	715.300	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
230301	Porvenir	800224808-8	889.000	0	0	27.800	27.800	25	26.700	1.800	973.100	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	29.100				29.100	25	900	30.000			291	30.000	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	694.500	715.300
Pensión	1	944.600	973.100
Riesgos Laborales	1	29.100	30.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	1.668.200	1.718.400

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
CC	52853887	CAROLINA SANCHEZ MORENO		CL 57B 37A 03 AP 501	3112511467	carosanchez80@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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	
2023-03	2023-03	I	19/05/2023	67490293	$1.718.400	

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	52853887	SANCHEZ MORENO CAROLINA	59	0			N							X										230301	5.556.000	889.000	0	0	27.800	27.800	EPS005	5.556.000	694.500	14-23	5.556.000	1	29.100		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	52853887	CAROLINA SANCHEZ MORENO	CL 57B 37A 03 AP 501	3112511467	carosanchez80@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		SI

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	
2023-02	2023-02	I	02/05/2023	67453479	$791.400	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	324.100	0		0		0	42	16.700	0	340.800	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
230301	Porvenir	800224808-8	414.900	0	0	0	0	42	21.400	0	436.300	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										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	13.600				13.600	42	700	14.300			136	14.300	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	324.100	340.800
Pensión	1	414.900	436.300
Riesgos Laborales	1	13.600	14.300
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	752.600	791.400

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
CC	52853887	CAROLINA SANCHEZ MORENO		CL 57B 37A 03 AP 501	3112511467	carosanchez80@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
SI

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	
2023-02	2023-02	I	02/05/2023	67453479	$791.400	

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	Estornudo	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	52853887	SANCHEZ MORENO CAROLINA	59	0			N							X										230301	2.592.800	414.900	0	0	0	0	EPS005	2.592.800	324.100	14-23	2.592.800	1	13.600		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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

COLSANITAS S A

Compañía de Medicina Prepagada

N.I.T. **:** 860.078.828-7

Colsanitas en línea 4871920 en Bogotá

y fuera de Bogotá 018000979020

CERTIFICADO DE PAGOS CONTRATO DE MEDICINA PREPAGADA

Bogotá, 02 de mayo de 2023

A QUIEN CORRESPONDA

COLSANITAS certifica, que durante el año gravable 2022, **CAROLINA SANCHEZ MORENO** identificado (a) con CC No. **52853887**, Titular del Contrato No.1010316920, pagó por concepto de vales y cuotas de Medicina Prepagada, por los siguientes usuarios:

APELLIDOS Y NOMBRES	DOCUMENTO	PARENTESCO	PERIODO	VR NETO	VALOR IVA	TOTAL
CAROLINA SANCHEZ MORENO	CC 52853887	TITULAR	01-01/31-12	$3.580.800	$179.040	$3.759.840
OSCAR HERNANDO SUAREZ AREVALO	CC 79531170	CONYUGE	01-01/31-12	$3.580.800	$179.040	$3.759.840
FEDERICO SUAREZ SANCHEZ	RC 1014892558	HIJO(A)	01-01/31-12	$3.580.800	$179.040	$3.759.840
POR CONCEPTO DE VALES VENDIDOS				$264.384	$13.216	$277.600

LA SUMA DE: $11.557.120 (ONCE MILLONES QUINIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL CIENTO VEINTE PESOS M/CTE)

De acuerdo con lo establecido en el Parágrafo 1, articulo 1.2.4.1.6, del decreto 1625 del 2016 (DUR), el monto máximo para disminuir de la base de retención de lo pagado por concepto de salud (medicina prepagada) es 16 UVT.

Este certificado se expide sin firma autógrafa de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 10 del decreto 836 de 1991 y el artículo 6 del decreto 4713 de 2005

Atentamente,

Subgerencia de la Vinculación Medicina Prepagada

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.
HACIENDA
Secretaría de Hacienda

DIRECCIÓN DE IMPUESTOS DE BOGOTÁ
REGISTRO DE INFORMACIÓN TRIBUTARIA - RIT
INFORMACIÓN BÁSICA DEL CONTRIBUYENTE

Fecha:02/02/2023

CONTRIBUYENTE	C.C. 52853887	CAROLINA SANCHEZ MORENO

INFORMACIÓN BÁSICA

Dirección: CL 57 B 37 A 03 AP 501 Teléfonos: 6752998

Dirección electrónica: carolinasanchm@gmail.com Ciudad: BOGOTÁ DC Municipio: BOGOTÁ, D.C.

Fecha de Inscripción: 28/02/2018 Soporte Inscripción: -

PERFIL TRIBUTARIO

Naturaleza Jurídica: PERSONA NATURAL Régimen tributario: PREFERENCIAL ICA Fecha desde: NO

Matrícula Mercantil: NO Fecha inicio de Actividades: NO Fecha de cese de Actividades: NO No. Establecimientos: 0

Actividad 1: 70202 - Actividades de gestión en el ejercicio de una profesión liberal

Actividad 2:

Actividad 3:

Actividad 4:

Actividad 5:

ESTABLECIMIENTOS ACTIVOS

REPRESENTANTES ACTIVOS

Señor Contribuyente: Esta es la información suministrada por usted y registrada en la Secretaria de Hacienda Distrital.

Kr 30 25 90 Dirección Distrital de Impuestos Bogota D.C. Colombia

Fuente: RIT-SHD

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14893169481

(415)7707212489984(8020) 000001489316948 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
5 2 8 5 3 8 8 7	5	Impuestos de Bogotá 3 2	

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	27. Fecha expedición
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	5 2 8 5 3 8 8 7	1 9 9 8 1 2 2 9

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

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
SANCHEZ	MORENO	CAROLINA	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CL 57 B 37 A 03 AP 501

42. Correo electrónico: carosanchez80@hotmail.com

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

CLASIFICACIÓN

Actividad económica				Ocupación	
Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades				
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2	51. Código	52. Número establecimientos
7 7 0 2 0	2 0 0 5 0 6 3 0	0 0 1 0	2 0 1 9 0 3 0 6					

Responsabilidades, Calidades y Atributos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código	5	2	2	4	9																					

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

Obligados aduaneros										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código										
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores					
55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2023 - 02 - 02 / 12 : 49: 52

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.
Firma autorizada:

984. Nombre SANCHEZ MORENO CAROLINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

REPÚBLICA DE COLOMBIA

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

NUIP 1014892558

REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO

Indicativo Serial 55776195

55776195

Datos de la oficina de registro - Clase de oficina

Registraduría ☐ Notaría X Número 52 Consulado ☐ Corregimiento ☐ Inspección de Policía ☐ **Código** A 3 H

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

COLOMBIA CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.

Datos del inscrito

Primer Apellido	Segundo Apellido
SUAREZ	SANCHEZ

Nombre(s)

FEDERICO

Fecha de nacimiento	Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo	Factor RH
Año 2016 Mes JUN Día 22	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 DE NACIDO VIVO	13575341-8

Datos de la madre

Apellidos y nombres completos

SANCHEZ MORENO CAROLINA

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 52853887 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del padre

Apellidos y nombres completos

SUAREZ AREVALO OSCAR HERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
C.C. No. 79531170 DE BOGOTA	COLOMBIANA

Datos del declarante

Apellidos y nombres completos

SUAREZ AREVALO OSCAR HERNANDO

Documento de identificación (Clase y número)	Firma
C.C. No. 79531170 DE BOGOTA	

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 2016 Mes JUN Día 25	LUIS SIMON GIL GUZMAN 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 -

IMPRESO POR PANAMERICANA FORMAS E IMPRESOS S.A. NIT 800.175.457-5 TEL. 430 2110