

TIPO DE CERTIFICACION:  PARCIAL     
 CESION:  NO     
 FEI:  NO     
 SGR:  NO

**1-INFORMACION GENERAL DEL CONTRATO**

No. NIT o CÉDULA: <input type="text" value="1.030.521.513"/>	CONTRATISTA: <input type="text" value="SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE"/>
CELULAR: <input type="text" value="3155035798"/>	FECHA INICIO: <input type="text" value="22/12/2025"/> FECHA FINAL: <input type="text" value="31/07/2026"/>
CONTRATO No.: <input type="text" value="986-2025"/>	VALOR HONORARIOS: \$ <input type="text" value="8.600.000"/> PAGO NUMERO: <input type="text" value="2"/> DE <input type="text" value="8"/>
REGISTRO PRESUPUESTAL: <input type="text" value="2426"/>	

**2- RESUMEN VALORES GENERADOS EN EL PERIODO OBJETO DE PAGO**

TIPO CONTRATO: <input type="checkbox"/> PROFESIONAL	DECLARA RENTA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	PENSIONADO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	ANEXO CERTIFICADO DE INGRESOS: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	RESPONSABLE DE IVA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
INGRESOS HONORARIOS: \$ <input type="text" value="8.600.000"/>		POR DIAS: <input type="text" value="NO"/> CANTIDAD DE DIAS: <input type="text" value="NO"/> HONORARIOS: \$ <input type="text" value="8.600.000,00"/>		FACTURA: <input type="text"/> FECHA: <input type="text"/>
INGRESOS POR DESPLAZAMIENTO: <input type="text"/>				
TOTAL INGRESOS BASE IMPUESTO: \$ <input type="text" value="8.600.000"/>				

**3-LIQUIDACION DE PAGO A SEGURIDAD SOCIAL**

TOTAL (IBC): \$ <input type="text" value="3.440.000"/>	ENTIDAD PROMOTORA: <input type="text" value="Old Mutual Fondo de Pensiones Obligatorias"/>	PAGO PLANILLA: <input type="text" value="ANTICIPADO"/>	
PENSION 16% (valor aporte): \$ <input type="text" value="550.400"/>	SALUD 12,5% (valor aporte): \$ <input type="text" value="430.000"/>	PLANILLA DE PAGO AJUSTE (Si aplica): <input type="text" value="600535881"/>	FECHA: <input type="text" value="2/02/2026"/>
ARL RIESGO III 2,436% (valor aporte): \$ <input type="text" value="83.800"/>	ENTIDAD PROMOTORA: <input type="text" value="Compensar Entidad Promotora de Salud"/>		
TOTAL PAGO AL SISTEMA G.S.S.I.: \$ <input type="text" value="1.064.200"/>	ENTIDAD PROMOTORA: <input type="text" value="Positiva Compañía de Seguros"/>		

Realice Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)  NO

**4-DATOS DE RETENCION Y NETO A PAGAR**

Se encuentra inscrito en el Régimen Simple de Tributación - RST (Adjuntar RUT actualizado (NO MAYOR A 180 DÍAS))  NO

Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)  NO

DERECHOS DE DEDUCCIÓN	VALOR	MES	VALOR A DEDUCIR
a. % INTERESES POR PRESTAMOS DE VIVIENDA: <small>límite max. Mensual 100 uvt 5.237.400, correspondiente al año inmediatamente anterior.</small>	1.092.552	1	1.092.552
b. PREPAGADA o SEGURO SALUD O PLAN COMPLEMENTARIO: <small>límite max. Mensual 16 uvt 837.984, correspondiente al año inmediatamente anterior.</small>	345.681	1	345.681
c. DEPENDIENTE: <small>límite max. Mensual 32 uvt 1.675.968 correspondiente al mes pagado</small>	NO		-
d. APORTES: (Volunt. Pensiones) voluntarias No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 3800/199.021.200	-		-
e. APORTES: (AFC) No superior al 30% de los ingresos correspondiente al mes pagado 199.021.200	-		-
<b>DERECHOS DE DEDUCCIÓN</b>	<b>VALOR</b>		<b>\$ 1.438.233,00</b>

CONCEPTO	BASE	TARIFA	%
RETEICA	\$ 7.619.600	0,766%	\$ 58.000
RETEFUENTE	\$ 4.573.175	-	-
RETEIVA	-	0%	-
<b>TOTAL IMPUESTO</b>		<b>\$</b>	<b>58.000</b>
<b>TOTAL A PAGAR</b>		<b>\$</b>	<b>8.542.000,00</b>

RETEFUENTE VOLUNTARIA  NO

**5. FIRMAS**

Bajo la gravedad de juramento, certifico que cumpla a cabalidad las actividades del objeto contractual y los documentos suministrados contienen los pago en salud, pensión y ARL

  
 FIRMA CONTRATISTA


El supervisor del contrato certifica que el contratista cumplió a cabalidad las obligaciones contractuales pactadas dentro del periodo objeto de cobro y que verificó el pago de los aportes al sistema de seguridad social (SALUD 12,5%, PENSION 16% Y ARL 2,436%) de conformidad con las normas vigentes.

Nombre supervisor:   
 Cargo:   
 Dependencia:


Nombre supervisor:   
 Cargo:   
 Dependencia:

**6- INFORMACION RADICACION Y OBLIGACION**


Radicado No:      
 Obligación No:   
 Fecha radicado No:      
 Fecha Radicación (SIF):

 <b>Instituto Nacional de Salud</b>	<b>PROCESO - ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN</b>	Versión 03
			2022-08-19
		<b>FOR-A02.0000-029</b>	Página 1 de 3

<b>NUMERO DE CONTRATO</b>	986-2025	<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	Sandra Patricia Silva Duarte
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	Prestar servicios profesionales en el apoyo de los procesos de la Gestión del Riesgo en Salud Pública, con énfasis en el análisis de la información generada desde las entidades territoriales con respecto a sus capacidades básicas en gestión del riesgo y a nivel nacional lo relacionado con las Salas de análisis de Riesgo desarrolladas		
<b>PERIODO DEL INFORME</b>	<b>DESDE:</b>	01/01/2026	<b>HASTA:</b> 31/01/2026
<b>DESCRIPCIÓN DEL AVANCE</b>			
<b>Obligación contractual</b>	<b>Actividad desarrollada en el periodo de informe</b>		<b>Productos / evidencias</b>
1. Presentar dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio de la ejecución del contrato el cronograma de actividades aprobado por el Supervisor	Se realiza dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio de la ejecución del contrato el cronograma de actividades que guiará el desarrollo de las obligaciones contratadas, garantizando que este sea estructurado, coherente con los tiempos establecidos y puesto a consideración del Supervisor para su revisión.		Producto 1 Cronograma de actividades elaborado y entregado en formato Excel, con fechas, responsables y entregables definidos, acompañado del registro de aprobación por parte del Supervisor <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/person/coe_ins_gov_co/IgCkflZyvUzsRZscl2MX_wH_ARXR4ukw_-YuQY16BADnkrA?e=d9fZYQ">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/person/coe_ins_gov_co/IgCkflZyvUzsRZscl2MX_wH_ARXR4ukw_-YuQY16BADnkrA?e=d9fZYQ</a>
2. Apoyar técnicamente el proceso de gestión del riesgo en salud pública de la dirección de vigilancia y análisis del riesgo en salud pública.	Monitoreo de medios: 09 enero 2026 18 enero 2026  Gestoría 29 diciembre 2025 al 05 enero 2026  Asistencia al COVE Nacional en las fechas estipuladas y participación en las entregas de Gestoría.  Apoyo a gestoría del 13 al 19 enero 2026		Producto 2 Listados de asistencia, actas y resúmenes correspondientes. <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/person/coe_ins_gov_co/IgDdg1nLgn1mRbxv5CvGY32eAS00M07vLjgVrt7G6zUntuU?e=QPukPR">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/person/coe_ins_gov_co/IgDdg1nLgn1mRbxv5CvGY32eAS00M07vLjgVrt7G6zUntuU?e=QPukPR</a>
3. Realizar el seguimiento de los brotes y/o alertas registradas en la aplicación del sistema de alerta temprana hasta su respectivo cierre.	Gestoría 29 diciembre 2025 al 05 Enero 2026		Producto 2 <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/person/coe_ins_gov_co/IgDdg1nLgn1mRbxv5CvGY32eAS00M07vLjgVrt7G6zUntuU?e=QPukPR">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/person/coe_ins_gov_co/IgDdg1nLgn1mRbxv5CvGY32eAS00M07vLjgVrt7G6zUntuU?e=QPukPR</a>
4. Participar en las Salas de Análisis de Riesgo – SAR de los eventos que sean designados o que sean requeridos.	Participación SAR Tosferina 30 enero 2026		Resumen y matriz de valoración del riesgo de SAR. <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/person/coe_ins_gov_co/IgByyztV-ydQYnaeCK9imm-AUKCdvBFbZmR2VZZIshlZrl?e=yyWqYW">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/person/coe_ins_gov_co/IgByyztV-ydQYnaeCK9imm-AUKCdvBFbZmR2VZZIshlZrl?e=yyWqYW</a>

 <p>Instituto Nacional de Salud</p>	<p><b>PROCESO - ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS</b></p>	<p><b>INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN</b></p>	<p>Versión 03</p>
			<p>2022-08-19</p>
		<p><b>FOR-A02.0000-029</b></p>	<p>Página 2 de 3</p>

<p>5. Apoyar a las ET en la atención a brotes, epidemias, emergencias y desastres que se presenten en salud pública en el territorio nacional.</p>	<p>ERI desplegado a 26 al 29 enero 2026</p>	<p>Realización de soportes documentales (agenda, plan de acción, informe y SITREP) <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/ssilva_ins_gov_co/lgBRCsc05Nu8QJ7upHWgOxbhAZEPOJLS3dFIVqnzQhBY6P4?e=XdEmFI">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/ssilva_ins_gov_co/lgBRCsc05Nu8QJ7upHWgOxbhAZEPOJLS3dFIVqnzQhBY6P4?e=XdEmFI</a></p>
<p>6. Realizar y documentar el acompañamiento técnico a las entidades territoriales en el modelo de preparación y respuesta en salud pública – MPRSP como en la revisión de sus capacidades básicas.</p>	<p>Informe de evaluación de capacidades básicas IV Trimestre 2025. Envío por correo electrónico 09 enero de 2026.</p>	<p>Productos 7 Se anexa consolidado de Excel <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgCnc-5sIU5YT482MPsKFYe_ASUjVEauA_z_QTwoFWDq8H4?e=VG61dQ">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgCnc-5sIU5YT482MPsKFYe_ASUjVEauA_z_QTwoFWDq8H4?e=VG61dQ</a></p>
<p>7. Enviar la evaluación de capacidades básicas de acuerdo con las fechas establecidos a las entidades territoriales</p>	<p>Se realiza ajuste a la evaluación de capacidades básicas, se genera repositorio y envío a las 38 ET para el respectivo diligenciamiento.</p>	<p>Productos 7 Se realiza envío por correo electrónico 22 y 23 enero 2026 a las 38 ET. <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgByyztV-ydQYnaeCK9imm-AUKCdvBFbZmR2VZZlshlZrl?e=yyWqYW">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgByyztV-ydQYnaeCK9imm-AUKCdvBFbZmR2VZZlshlZrl?e=yyWqYW</a></p>
<p>8. Realizar los análisis pertinentes a los resultados de la evaluación de capacidades básicas y emitir el informe correspondiente.</p>	<p>Informe de evaluación de capacidades básicas IV Trimestre 2025. Envío por correo electrónico el 09 de enero de 2026.</p>	<p>Productos 7 Se anexa consolidado de Excel <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgCnc-5sIU5YT482MPsKFYe_ASUjVEauA_z_QTwoFWDq8H4?e=VG61dQ">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgCnc-5sIU5YT482MPsKFYe_ASUjVEauA_z_QTwoFWDq8H4?e=VG61dQ</a></p>
<p>9. Generar la información que sea requerida sobre los resultados de la evaluación de las capacidades básicas en gestión del riesgo.</p>	<p>Excel de consolidación de información.</p>	<p>Productos 7 <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgAx4FzieWN7T4P-46WMubSgAfRqBIVMRazhmJLLN1yLKR0?e=83hdJw">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgAx4FzieWN7T4P-46WMubSgAfRqBIVMRazhmJLLN1yLKR0?e=83hdJw</a></p>
<p>10. Gestionar la documentación de las SAR, generando los informes correspondientes</p>	<p>Informe SAR II Semestre 2025, envío por correo electrónico el 10 de enero de 2026.</p>	<p>Producto 6 Informe semestral de SAR y correo de envío el 10 de enero 2026 <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgBaSyP0oi0LSbHRxlenXAYbAe9e5o56VCCrIsypbNwvDy8?e=prpXAG">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgBaSyP0oi0LSbHRxlenXAYbAe9e5o56VCCrIsypbNwvDy8?e=prpXAG</a></p>
<p>11. Realizar resumen ejecutivo de cada producto contractual de acuerdo con la solicitud que realice el supervisor.</p>	<p>Soportes consolidados de los productos</p>	<p>Productos 2 <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgC7zNojCvtuRoCi3VPFbfcaARGncWBzB_FH_N9kL02hgHs?e=Tla0Cj">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgC7zNojCvtuRoCi3VPFbfcaARGncWBzB_FH_N9kL02hgHs?e=Tla0Cj</a></p>


 <p>Instituto Nacional de Salud</p>	<p><b>PROCESO - ADQUISICION DE BIENES Y SERVICIOS</b></p>	<p><b>INFORME DE AVANCE CONTRATISTAS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES O APOYO A LA GESTIÓN</b></p>	<p>Versión 03</p>
			<p>2022-08-19</p>
		<p><b>FOR-A02.0000-029</b></p>	

<p>12. Apoyar y participar en los procesos de capacitación en gestión del riesgo en salud pública, según se requiera.</p>	<p>No Programado</p>	<p>No Aplica</p>
<p>13. Apoyar la elaboración y presentación oportuna de los informes solicitados por la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública u otras áreas, así como atender oportunamente las solicitudes de información requerida.</p>	<p>No Programado</p>	<p>No Aplica</p>
<p>14. Las demás que emanen de la naturaleza del contrato y que sean necesarias para el desarrollo eficiente del mismo.</p>	<p>No Programado</p>	<p>No Aplica</p>

**Nota: El seguimiento sobre el cumplimiento de las obligaciones lo realizará el supervisor en el FOR A02.0000-037 "INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN"**

  
**Sandra Patricia Silva Duarte**


**NOMBRE Y FIRMA DEL CONTRATISTA**

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión: 03</b>
			2023-11-17
		<b>FOR-A02.0000-037</b>	Página 1 de 4

<b>Contrato No.</b>	<b>INS-CPS-986-2025</b>		
<b>(1) Nombre del Contratista:</b>	Sandra Patricia Silva Duarte		
<b>(2) Cargo del supervisor:</b>	Coordinador del Grupo Gestión del Riesgo y Respuesta Inmediata		
<b>(3) Interventoría si <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> Nombre:</b>	N / A		
<b>(5) Correo del supervisor y/o del Interventor (si aplica)</b>	emendoza@ins.gov.co		
<b>(6) Objeto del contrato:</b>	Prestar servicios profesionales en el apoyo de los procesos de la Gestión del Riesgo en Salud Pública, con énfasis en el análisis de la información generada desde las entidades territoriales con respecto a sus capacidades básicas en gestión del riesgo y a nivel nacional lo relacionado con las Salas de análisis de Riesgo desarrolladas		
<b>(7) Fecha de inicio:</b>	22/12/2025	<b>(8) Fecha terminación:</b>	31/07/2026
<b>(9) Período objeto del informe:</b>	Enero 2026		

**(10) ANALISIS Y SEGUIMIENTO DE LAS ACTIVIDADES REALIZADAS Y/O PRODUCTOS ENTREGADOS EN EL MES O PERIODO EJECUTADO**


Obligación contractual	Actividad desarrollada	Producto recibido	Observaciones o comentarios del Supervisor
1. Cronograma de actividades aprobado por el Supervisor y en el formato establecido en el SIG.	Se realiza dentro de los cinco (5) días siguientes al inicio de la ejecución del contrato el cronograma de actividades que guiará el desarrollo de las obligaciones contratadas, garantizando que este sea estructurado, coherente con los tiempos establecidos y puesto a consideración del Supervisor para su revisión.	<p align="center">Producto 1</p> Cronograma de actividades elaborado y entregado en formato Excel, con fechas, responsables y entregables definidos, acompañado del registro de aprobación por parte del Supervisor <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgCkfLZyvUzsRZscI2MX_wH_ARXR4ukw_-YuQY16BADnkrA?e=d9fZYQ">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgCkfLZyvUzsRZscI2MX_wH_ARXR4ukw_-YuQY16BADnkrA?e=d9fZYQ</a>	Sin observaciones
2. Informe mensual de las actividades del sistema de gestión del riesgo, sistema alerta temprana en respuesta a situaciones de alerta, atención de brotes, emergencias y epidemias, de acuerdo con los procesos institucionales de respuesta.	<p align="center">Monitoreo de medios: 09 enero 2026 18 enero 2026</p> Gestoría 29 diciembre 2025 al 05 enero 2026  Asistencia al COVE Nacional en las fechas estipuladas y participación en las entregas de Gestoría.  Apoyo a gestoría del 13 al 19 enero 2026	<p align="center">Producto 2</p> Listados de asistencia, actas y resúmenes correspondientes. <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgDdg1nLgn1mRbxv5CvGY32eAS0OM07vLjgVrt7G6zUntuU?e=QPukPR">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgDdg1nLgn1mRbxv5CvGY32eAS0OM07vLjgVrt7G6zUntuU?e=QPukPR</a>	Sin observaciones


 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión: 03</b>
			2023-11-17
		<b>FOR-A02.0000-037</b>	Página 2 de 4

3. Informe mensual de las Salas de análisis de riesgo en las cuales haya participado	Se realiza el formato de seguimiento de SAR para el presente año y las carpetas para disposición del repositorio.  Participación SAR Tosferina 30 enero 2026	Disposición en el drive del COE carpeta 2.ACTAS SAR <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgBIMx-UxFVZSJpyoTYw4EOuAVIQ8zlap-DGEe-4OxY6rxo?e=gS1yPX">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgBIMx-UxFVZSJpyoTYw4EOuAVIQ8zlap-DGEe-4OxY6rxo?e=gS1yPX</a>  Resumen y matriz de valoración del riesgo de SAR. <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgByyztwV-ydQYnaeCK9imm-AUKCdvBFbZmR2VZZIshlZrl?e=yyWqYW">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgByyztwV-ydQYnaeCK9imm-AUKCdvBFbZmR2VZZIshlZrl?e=yyWqYW</a>	Sin observaciones
4. Informe mensual sobre el seguimiento y actividades desarrolladas durante el acompañamiento a las entidades territoriales a cargo, en el proceso de transferencias del modelo de preparación y respuesta en salud pública como en revisión de capacidades básicas.	ERI desplegado a 26 al 29 enero 2026	Realización de soportes documentales (agenda, plan de acción, informe y SITREP) <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/ssilva_ins_gov_co/lgBRCsc05Nu8QJ7upHWgOxbhAZEPOJLS3dFIVqnzQhBY6P4?e=XdEmFI">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/ssilva_ins_gov_co/lgBRCsc05Nu8QJ7upHWgOxbhAZEPOJLS3dFIVqnzQhBY6P4?e=XdEmFI</a>	Sin observaciones
5. Informe sobre los resultados obtenidos en la evaluación de capacidades básicas en gestión del riesgo	Informe de evaluación de capacidades básicas IV Trimestre 2025. Envío por correo electrónico 09 enero de 2026.	Se anexa consolidado de Excel <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgCnc5slU5YT482MPsKFYe_ASUjVEauA_z_QTtwoFWDq8H4?e=VG61dQ">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgCnc5slU5YT482MPsKFYe_ASUjVEauA_z_QTtwoFWDq8H4?e=VG61dQ</a>	Sin observaciones
6. Informe trimestral sobre el comportamiento de las salas de análisis de riesgo desde nivel nacional con su matriz correspondiente.	Informe SAR II Semestre 2025, envío por correo electrónico el 10 de enero de 2026.	Informe semestral de SAR y correo de envío el 10 de enero 2026 <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgBaSyP0oi0LSbHRxlenXAYbAe9e5o56VCCrlypbNwvDy8?e=prpXAG">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgBaSyP0oi0LSbHRxlenXAYbAe9e5o56VCCrlypbNwvDy8?e=prpXAG</a>	Sin observaciones
7. Tableros generados y actualizados periódicamente de capacidades básicas y SAR	Se realiza ajuste a la evaluación de capacidades básicas, se genera repositorio y envío a las 38 ET para el respectivo diligenciamiento.  Excel de consolidación de información de las ET y las SAR	Se realiza envío por correo electrónico 22 y 23 enero 2026 a las 38 ET. <a href="https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgByyztwV-ydQYnaeCK9imm-AUKCdvBFbZmR2VZZIshlZrl?e=yyWqYW">https://inssalud-my.sharepoint.com/:f/g/personal/coe_ins_gov_co/lgByyztwV-ydQYnaeCK9imm-AUKCdvBFbZmR2VZZIshlZrl?e=yyWqYW</a>  Consolidado de tableros de control capacidades básicas y repositorio de las SAR	Sin observaciones
8. Documento que indique el mecanismo de realización de la evaluación de capacidades básicas en gestión del riesgo.	No programado	No aplica	Sin observaciones



Monitoreo del tratamiento a los riesgos de contratación registrados en el FOR-A02.0000-026 Anexo No 1 a los estudios previos Matriz de riesgos de contratación

No	Clase	Fuente	Etapa	Tipo	Descripción (que puede pasar y, como puede ocurrir)	Consecuencia de la ocurrencia del evento	Persona responsable por implementar el tratamiento	Fecha estimada en que se inicia el tratamiento	Fecha estimada en que se completa el tratamiento	Monitoreo y revisión		
										¿Cómo se realiza el monitoreo?	Periodicidad ¿Cuándo?	Descripción del monitoreo realizado
1	General	Externo	Contratación	Riesgos Operacionales	La persona seleccionada no firma el contrato en el plazo establecido.	Retraso en el inicio de la ejecución del contrato y afectación en el logro de los objetivos y satisfacción de la necesidad propuesta.	Gestión Contractual - Futuro Supervisor	Etapas previas contractual	Firma del contrato	Contacto telefónico, vía e-mail, Whats App	En la etapa previa contractual	Inició ejecución conforme tiempos estipulados
2	General	Interno	Ejecución	Riesgos Operacionales	Demoras por parte de la Entidad en las aprobaciones previas de los productos y/o informes desarrollados por el contratista.	Afecta el cumplimiento de las obligaciones del contratante a cargo del Supervisor del contrato, relacionadas con la aprobación de productos y/o informes, y genera retraso en el trámite de pago a favor del contratista.	Supervisor - Contratista	Inicio de ejecución	Fin de ejecución	Documento que evidencia las acciones de seguimiento y control	Mensual	R/C TIEMPO DE EJECUCIÓN DE PRODUCTO Entregó productos del mes requerido
3	General	Externo	Ejecución	Riesgos Regulatorios	Expedición de normas que impongan nuevos tributos, impuestos o cargas parafiscales, que pueden afectar el equilibrio económico del contrato.	Genera una carga adicional a las previstas, que puede afectar a cualquiera o a las dos partes del contrato.	Gestión Contractual	Etapas precontractual	Fin de ejecución	Documento que evidencia las acciones de seguimiento y control	Periódico	No se presentaron cambios
4	General	Externo	Ejecución	Riesgos Sociales o Políticos	Problemas de orden público que afecten los desplazamientos	Demora en la ejecución del objeto contractual	Supervisor	Inmediato, una vez se presente el evento	Una vez se realicen los ajustes requeridos para hacer posible la ejecución del contrato	Seguimiento a las nuevas actividades establecidas para el contrato	Mensual	Entregó información correspondiente a la ejecución

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS</b>	<b>INFORME PARCIAL DE SUPERVISIÓN</b>	<b>Versión: 03</b>
			2023-11-17
		<b>FOR-A02.0000-037</b>	Página 4 de 4

<b>25 % DE AVANCE ACUMULADO</b>		
<b>(11) DE CONFORMIDAD CON EL SEGUIMIENTO A LA EJECUCIÓN DEL CONTRATO, EL SUPERVISOR/INTERVENTOR (ES) CERTIFICA QUE:</b>		
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El/La Contratista durante el periodo señalado, desarrolló y cumplió las actividades, presentó y entregó los informes, productos y demás obligaciones pactadas en el Contrato en mención.</li> <li>2. De conformidad con las disposiciones legales efectuó el pago a los aportes respectivos al sistema de seguridad social integral en salud y pensiones y/o aportes parafiscales. (Se anexan comprobantes de pago de los aportes).</li> <li>3. Durante el periodo el/la Contratista cumplió con lo dispuesto en el POE-A01.2014-001 "Gestión de Seguridad y Salud en el trabajo", especialmente lo establecido en el Anexo 1 sobre Normas y Requerimientos de Seguridad y Salud en el Trabajo para Contratistas y los criterios de sostenibilidad ambiental, de acuerdo al tipo de actividad que desarrolla.</li> <li>4. Aprueba los informes, productos y demás documentos presentados y entregados por El/La Contratista durante el periodo mencionado en desarrollo de las obligaciones pactadas en el Contrato en mención.</li> <li>5. <b><u>Durante el periodo ejecutado se hizo seguimiento a los riesgos establecidos en la matriz correspondiente (de acuerdo con la periodicidad establecida) y a la fecha no se ha materializado ninguno.</u></b></li> <li>6. A la fecha no existen causales de incumplimiento de las obligaciones contractuales que demanden actuaciones conminatorias o sancionatorias por parte de la Administración.</li> </ol>		
<b>(12) OBSERVACIONES:</b>		
<b>(13) En constancia, firma:</b>	 <b>Eliana Mendoza Niño</b> <b>NOMBRE Y FIRMA</b> Supervisor	
<b>(14) Lugar y Fecha:</b>	<b>Bogotá, D. C., 31 enero 2026</b>	



	<b>PROCESO GESTIÓN FINANCIERA</b>	<b>CERTIFICADO DE INGRESOS</b>			<b>Versión: 21</b>
		<b>FOR-A09.0000-013</b>			<b>2026-01-29</b>
<b>DECLARACION JURAMENTADA</b>					
Yo, <b>Sandra Patricia Silva Duarte</b> , identificado con <b>Cédula de Ciudadanía</b> No. <b>1.030.521.513</b> de <b>Bogotá</b> , me permito declarar que mi vínculo actual con el Instituto Nacional de Salud es mediante: <b>Contrato de Prestación de Servicios</b> , con contrato número <b>986-2025</b>					
<b>CERTIFICO QUE:</b>					
Declara costos y deducciones asociados al ingreso en la declaración de renta (Decreto 2231 del 22 de diciembre de 2023, Artículo 9 y 11)	<b>NO</b>				
Cumpló con uno o varios requisitos relacionados a continuación: * Mis ingresos en el año anterior fueron superiores a 1.400 UVT o \$ 69.718.600 A 31 de diciembre de 2025. * Mi patrimonio bruto excedió 4.500 UVT o \$ 224.095.000 * Ingresos brutos, o los consumos mediante tarjeta de crédito, o el valor total de compras y consumos, o el valor total acumulado de consignaciones bancarias, depósitos o inversiones financieras no excedan o superen 1.400 UVT, en pesos \$ 69.718.600	<b>SOY DECLARANTE DE RENTA</b>				
<b>INFORMACION PARA DEPURAR LA BASE DE LA RETENCIÓN CERTIFICO QUE:</b>					
<i>De las siguientes deducciones, seleccione los conceptos para tener en cuenta en la depuración de la Base del cálculo de la Retención en la Fuente:</i>					
* Durante la vigencia 2025 pague intereses o tuvo corrección Monetaria en Créditos de Vivienda (adjunto la certificación de la entidad responsable del crédito de vivienda donde se especifica el valor de los intereses pagados durante la vigencia 2024). Artículo 31 de la Ley 2277 de 2022	<b>SI</b>				
* Realice en una cuenta AFC - Ahorro para el Fomento de la Construcción de acuerdo al Artículo 126-1 E.T. (adjunto la certificación de ahorro de la cuenta AFC)	<b>NO</b>				
* Durante la vigencia 2025 realice pago como titular de plan complementario, servicio medico domiciliario o cuento con una póliza de salud de acuerdo al Artículo 387 E.T (adjunto la certificación correspondiente a la entidad de la cual soy titular)	<b>SI</b>				
* Realizo aportes a Fondos de Pensiones Voluntarias de acuerdo al Artículo 126-1 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones voluntarias)	<b>NO</b>				
* Realizo Aportes Voluntarios al Fondo de Pensiones Obligatorias de acuerdo al Artículo 55 E.T (adjunto la certificación correspondiente al fondo de pensiones obligatorias con aporte voluntario)	<b>NO</b>				
* Cumpló con uno o varios requisitos del Parágrafo 2 del Artículo 387 E.T., correspondientes a dependientes económicos de los relacionados a continuación: (marque con una x según corresponda)	<b>NO</b>				
<input type="checkbox"/> Los hijos del contribuyente que tengan hasta 18 años de edad. (Adjunto registro civil de nacimiento).					
<input type="checkbox"/> Los hijos del contribuyente con edad entre 18 y 25 años, cuando el padre madre contribuyente persona natural se encuentre financiando su educación en instituciones formales de educación superior certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o en los programas técnicos de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente. (Adjunto certificado de estudio de educación superior, cédula de ciudadanía y registro civil de nacimiento)					
<input type="checkbox"/> Los hijos del contribuyente mayores de dieciocho (18) años que se encuentren en situación de dependencia, originada en factores físicos psicológicos que sean certificados por el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes (Adjunto registro civil de nacimiento, cédula de ciudadanía, el Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes).					
<input type="checkbox"/> El cónyuge o compañero permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal (Adjunto certificado de convivencia y/o registro civil de matrimonio, cédula de ciudadanía, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal)					
<input type="checkbox"/> Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en situación de dependencia, sea por ausencia de ingresos o ingresos en el año menores a doscientas sesenta (260) UVT, certificada por contador público, o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean certificados por Medicina Legal. (Adjunto registro civil de nacimiento, certificado de contador público o certificado de Medicina Legal) .					
<b>Relación de Dependientes</b>					
Tipo Doc.	Numero de Documento	Nombres y apellidos	Edad	Parentesco	
La anterior se firma el <u>31</u> del mes <u>Enero</u> del año <u>2026</u>					
					
<b>SE FIRMA BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO</b>					
Se firma bajo la gravedad de juramento que la información contenida en el formato es real y que las deducciones indicadas solo se están reportando ante el Instituto Nacional de Salud ya que estas solo pueden ser aplicadas una vez por cada periodo					
<b>Nota 1:</b> El INS no se hace responsable de definirle a sus contratistas de prestación de servicios persona natural la calidad de declarantes o no declarantes, ni de la declaración de ingresos por el año anterior. Esta condición obedece a circunstancias de carácter personal que cada contratista conoce.					
<b>Nota 2:</b> los contratistas que hayan marcado las deducciones enunciadas en los numerales 1, 2,3, 4,5 y 6 de este documento en concordancia con lo establecido en el artículo 387 del E.T. y artículo 330 E.T., deberán adjuntar las certificaciones respectivas y de acuerdo a su clasificación tributaria cedular como Rentas de Trabajo.					

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1030521513, se encuentra afiliado(a) al programa PC ESPECIAL CON POS según información relacionada a continuación:

Nombre	Identificación	Parentesco	Vigencia Contratada
SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE	CC - 1030521513	TR	Desde: 20240301, Vigente a la fecha

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 2 días del mes de febrero de 2026.

**Observaciones:**

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-PAS

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1030521513, funcionario(a) de SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/03/2024 hasta 28/02/2025 por el cual ha cancelado la suma de UN MILLON SEISCIENTOS OCHENTA Y CUATRO MIL CUATROCIENTOS DIEZ PESOS 1.684.410,00 A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/03/2024 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
921574006	20240617	\$ 137,655
21476950	20240311	\$ 137,655
22922867	20250115	\$ 153,930
22922868	20250217	\$ 153,930
21574005	20240515	\$ 137,655
21574006	20240617	\$ 137,655
21574010	20241015	\$ 137,655
21574011	20241107	\$ 137,655
21574009	20240916	\$ 137,655
21574004	20240420	\$ 137,655
21574012	20241216	\$ 137,655
21574008	20240809	\$ 137,655
<b>Total</b>		<b>\$ 1,684,410</b>

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 4 días del mes de febrero de 2026.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan

Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-PAS 13529848

**EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR  
COMPENSAR  
NIT 860.066.942-7**

**CERTIFICA QUE**

El(la) señor(a) SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE identificado(a) con Cedula Ciudadania No. 1030521513, funcionario(a) de SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE, tiene un contrato de PC ESPECIAL CON POS con COMPENSAR EPS, con una vigencia desde 01/03/2025 hasta 28/02/2026 por el cual ha cancelado la suma de UN MILLON SETECIENTOS DIECIOCHO MIL OCHOCIENTOS CINCUENTA PESOS 1.718.850,00 A continuación se relacionan los pagos efectuados desde el 01/03/2025 a la fecha.

Número de Recibo	Fecha de Pago	Valor Pagado
23221367	20251215	\$ 153,930
23221363	20250819	\$ 153,930
23221360	20250515	\$ 153,930
23221362	20250706	\$ 153,930
23221358	20250317	\$ 153,930
23221359	20250415	\$ 153,930
23221366	20251118	\$ 153,930
24676178	20260115	\$ 179,550
23221361	20250605	\$ 153,930
923221363	20250815	\$ 153,930
23221365	20251015	\$ 153,930
<b>Total</b>		<b>\$ 1,718,850</b>

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 4 días del mes de febrero de 2026.

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS. Cualquier aclaración, con gusto será atendida en nuestra Línea de Atención de Servicios de Salud (601) 3078088, exclusiva para Plan Complementario Especial y Plan Complementario Vital.

Cordialmente,

COMPENSAR EPS.

Elaboró: AppSalud

CER-PAS 13529847



**NIT. 800.126.785 – 7**

**Cr. 19B No. 168-35**

Bogotá D.C., 4 de febrero del 2026.

## **EMERMÉDICA S.A.**

### **Certifica que:**

Durante el año 2023, el(la) señor(a) SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE con documento de identificación No. 1030521513 canceló la suma de \$1548213 (UN MILLON QUINIENTOS CUARENTA Y OCHO MIL DOSCIENTOS TRECE PESOS) por concepto de: servicio de ambulancia pre-pagada, suscrito mediante contrato No. 242742.

Esta certificación se expide en Bogotá D.C., a los (el) 4 día(s) del mes febrero del año 2026.

Cordialmente,

**Gerente de Clientes y Procesos  
Emermédica S.A.**

Con Tu Emermédica puedes generar tus solicitudes sin trámites ni demoras, solo ingresa a <https://tuemergedica.com.co/> y podrás descargar Certificados de pago (contratos familiares), Certificados de afiliación, Estados de cuenta (contratos familiares), Carta al viajero y Factura familiar.





NIT. 800.126.785 – 7

Cr. 19B No. 168-35

Bogotá D.C., 4 de febrero del 2026.

## **EMERMEDICA S.A.**

### **Certifica que:**

Durante el año 2024, el(la) señor(a) SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE con documento de identificación No. 1030521513 canceló la suma de \$2460464 (DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS SESENTA Y CUATRO PESOS) por concepto de: servicio de ambulancia pre-pagada, suscrito mediante contrato No. 242742.

Esta certificación se expide en Bogotá D.C., a los (el) 4 día(s) del mes febrero del año 2026.

Cordialmente,

**Gerente de Clientes y Procesos  
Emermédica S.A.**

Con Tu Emermédica puedes generar tus solicitudes sin trámites ni demoras, solo ingresa a <https://tuemergmedica.com.co/> y podrás descargar Certificados de pago (contratos familiares), Certificados de afiliación, Estados de cuenta (contratos familiares), Carta al viajero y Factura familiar.





**NIT. 800.126.785 – 7**

**Cr. 19B No. 168-35**

Bogotá D.C., 4 de febrero del 2026.

## **EMERMÉDICA S.A.**

### **Certifica que:**

Durante el año 2025, el(la) señor(a) SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE con documento de identificación No. 1030521513 canceló la suma de \$2620590 (DOS MILLONES SEISCIENTOS VEINTE MIL QUINIENTOS NOVENTA PESOS) por concepto de: servicio de ambulancia pre-pagada, suscrito mediante contrato No. 242742.

Esta certificación se expide en Bogotá D.C., a los (el) 4 día(s) del mes febrero del año 2026.

Cordialmente,

**Gerente de Clientes y Procesos  
Emermédica S.A.**

Con Tu Emermédica puedes generar tus solicitudes sin trámites ni demoras, solo ingresa a <https://tuemergedica.com.co/> y podrás descargar Certificados de pago (contratos familiares), Certificados de afiliación, Estados de cuenta (contratos familiares), Carta al viajero y Factura familiar.

Con el respaldo de   
AXA COLPATRIA  
reinvestiendo / por seguros

<b>Nombre Contratante</b>	SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE
<b>Documento de identificación</b>	1030521513
<b>Contrato</b>	01-242742 FAMILIAR
<b>Correo electrónico</b>	sandrapsilvad2020@gmail.com
<b>Última vigencia</b>	08 AGOSTO 2025 AL 07 AGOSTO 2026
<b>Modalidad de pago</b>	MENSUAL
<b>Forma de pago</b>	DEBITO
<b>Fecha de pago (límite)</b>	.
<b>Estado contrato</b>	ACTIVO
<b>Fecha generación</b>	FEBRERO 4 2026 4:14PM

Número de factura	Período	Benef.	Fecha máxima de pago	Valor factura	Fecha de pago realizado	Modalidad de pago	Valor Pagado	Saldo Pendiente
6008 - 6005561	08 FEBRERO 2026 AL 07 MARZO 2026	4	8/2/2026	\$ 191.751			\$ 0	\$ 191.751
6008 - 5932650	08 ENERO 2026 AL 07 FEBRERO 2026	4	8/1/2026	\$ 191.751	15/01/2026	DEBITO AUTOMATICO	\$ 191.751	\$ 0
6008 - 5874348	08 DICIEMBRE 2025 AL 07 ENERO 2026	4	8/12/2025	\$ 191.751	15/12/2025	DEBITO AUTOMATICO	\$ 191.751	\$ 0
6008 - 5792011	08 NOVIEMBRE 2025 AL 07 DICIEMBRE 2025	4	8/11/2025	\$ 191.751	14/11/2025	DEBITO AUTOMATICO	\$ 191.751	\$ 0
6008 - 5722595	08 OCTUBRE 2025 AL 07 NOVIEMBRE 2025	4	8/10/2025	\$ 191.751	15/10/2025	DEBITO AUTOMATICO	\$ 191.751	\$ 0
6008 - 5652081	08 SEPTIEMBRE 2025 AL 07 OCTUBRE 2025	4	8/9/2025	\$ 191.751	15/09/2025	DEBITO AUTOMATICO	\$ 191.751	\$ 0
6008 - 5576266	08 AGOSTO 2025 AL 07 SEPTIEMBRE 2025	4	8/8/2025	\$ 191.751	15/08/2025	DEBITO AUTOMATICO	\$ 191.751	\$ 0
6008 - 5509247	08 JULIO 2025 AL 07 AGOSTO 2025	4	8/7/2025	\$ 237.405	15/07/2025	DEBITO AUTOMATICO	\$ 237.405	\$ 0
6008 - 5432300	08 JUNIO 2025 AL 07 JULIO 2025	4	8/6/2025	\$ 237.405	13/06/2025	DEBITO AUTOMATICO	\$ 237.405	\$ 0
6008 - 5370410	08 MAY 2025 AL 07 JUNIO 2025	4	8/5/2025	\$ 237.405	15/05/2025	DEBITO AUTOMATICO	\$ 237.405	\$ 0

Si tienes alguna inquietud con este estado de cuenta, puedes escribirnos tus inquietudes en: <https://www.emermedica.com.co/contactanos/> o contáctanos en Bogotá al 3077098 o en nuestra línea gratuita nacional 01 8000 117098. Recuerda que los pagos son aplicados al siguiente día hábil (pagos realizados hasta 4:00 pm)

Número de factura	Período	Benef.	Fecha máxima de pago	Valor factura	Fecha de pago realizado	Modalidad de pago	Valor Pagado	Saldo Pendiente
6008 - 5287848	08 ABRIL 2025 AL 07 MAY 2025	4	8/4/2025	\$ 237.405	15/04/2025	DEBITO AUTOMATICO	\$ 237.405	\$ 0
6008 - 5215373	08 MARZO 2025 AL 07 ABRIL 2025	4	8/3/2025	\$ 237.405	14/03/2025	DEBITO AUTOMATICO	\$ 237.405	\$ 0

Si tienes alguna inquietud con este estado de cuenta, puedes escribirnos tus inquietudes en: <https://www.emermedica.com.co/contactanos/> o contáctanos en Bogotá al 3077098 o en nuestra línea gratuita nacional 01 8000 117098. Recuerda que los pagos son aplicados al siguiente día hábil (pagos realizados hasta 4:00 pm)



## CERTIFICACION

**BOGOTA, D.C., BOGOTA, D.C.,  
COLOMBIA,  
A quien interese**

**02/02/2026**

Por medio de la presente hacemos constar que **el señor SANDRA SILVA DUARTE** con **Cédula de Ciudadanía número 1030521513**

Posee en el banco Davivienda:

### **CRÉDITO HIPOTECARIO**

Número	<b>5700323067245801</b>
Saldo al corte	<b>\$ 117,615,429.21 Pesos</b>

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA



# DAVIVIENDA

NT. 860.034.313-7

H.01

## Extracto Crédito Hipotecario 570032306724580-1

Apreciado Cliente

**SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE**

KR 73 B 6 B 25 INT 40

BOGOTA D.C.-BOGOTA, D.C.

Páguese antes del

Ene. 13/2026

+ Valor Prorrogado

\$0.00

+ Valor Cuota Mes

\$1,301,000.00

+ Valor en Mora

\$0.00

**Total Valor a pagar**

**\$1,301,000.00**

Periodo Liquidado	Dic. 11/2025 - Ene. 13/2026	No. Cuotas Ptes. Pago Total	238
No. Días Liquidados	33	Tasa Interés Cte. Pactada	15.87 Efectivo Anual
No. Días en Mora	0	Tasa Interés Cte. Cobrada	11.80 Efectivo Anual
Sistema de Amortización	CUOTA FIJA \$	Tasa Interés Mora Cobrada	
Plazo	240	Tasa Seguro de Vida	0.02423 por millón
No. Cuotas que se cancela	2	Tasa Seguro de Incendio y Terremoto	0.01833 por millón

Banco Davivienda S.A.

**¿NECESITA REMODELAR SU CASA?**  
Con el **CRÉDITO DE REMODELACIÓN DAVIVIENDA** usted podrá estrenar su casa de nuevo.

Solicítelo en su oficina Davivienda más cercana.

Capo sujeto a políticas y condiciones de aprobación de crédito establecidas por el Banco Davivienda. Para mayor información visite [www.davivienda.com](http://www.davivienda.com)

El costo de gestión de recaudo del valor de la prima del Seguro de vida Deudor y/o Incendio y terremoto es COP \$21.155 + iva. Tenga en cuenta que este valor es asumido por la aseguradora y no por el cliente.

El valor asegurado de vida informado en el extracto, podrá variar según las condiciones de los titulares del crédito tales como, extraprima o porcentaje de asegurabilidad aceptados por el cliente.



(415)7707197266006(8020)5700323067245801(3900)01301000.00(96)20451111

No del crédito: 570032306724580-1

Cliente: SANDRA PATRICIA SILVA DUARTE

Documento No: 000000000

Fecha de pago: Día  Mes  Año

FORMA DE PAGO	
CHEQUE	
EFFECTIVO	
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](mailto:defensordelcliente@davivienda.com). Para mayor información en [www.davivienda.com](http://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. 11/2025 a Dic. 11/2025

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
10Dic2025	\$1,301,000.00	02040850	ABONO TRANSFER

	Valores en Pesos
Seguro de Vida	\$28,632.00
Seguro de Incendio y Anexos	\$46,586.00
Seguro Protección de Pagos	\$0.00
Otros Cargos *	\$0.00
Intereses de Mora	\$0.00
Intereses Corrientes	\$1,092,552.25
Abonos a Capital	\$133,229.75
<b>Total Aplicado</b>	<b>\$1,301,000.00</b>
Valor Pagado Por Anticipado	\$0.00

Total Abonado: \$1,301,000.00

Valor Asegurado Vida: \$ 117,994,458.32  
 Valor Asegurado del Inmueble: \$ 213,525,000.00

**Nuevo Saldo de su crédito**

	Valor en Pesos
Saldo Anterior: <span style="float: right;">Nov. 11/2025</span>	\$ 117,036,000.00
- Total Aplicado en el Periodo	\$ 1,301,000.00
+ Intereses Corrientes	\$ 1,092,552.25
+ Intereses de Mora	\$ 0.00
+ Seguros	\$ 75,218.00
+ Valores Prorrogados	\$ 0.00
+ Otros Cargos *	\$ 0.00
Saldo a: <span style="float: right;">Dic. 11/2025</span>	\$ 116,977,955.25
Valores del crédito a tasa cero:	\$ 0.00

**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 cartería, cajeros automáticos, Call Center, [www.davivienda.com](http://www.davivienda.com) o Teléfono rojo. -Si su extracto no llega oportunamente, ello no le exime de efectuar su pago en la fecha prevista. Podemos 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](http://www.davivienda.com) o Teléfono rojo.

\*El valor cobrado en Otros Cargos corresponde a costos judiciales, costos de cobranza, comisiones Fondo Nacional de Garantías, Fondo Agropecuario o DCA, en caso de que haya lugar a ello.

(\*)Protección de pagos es el seguro voluntario que cubre las cuotas de su crédito/leasing.

-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