

Bogotá, D. C.  
(08 de mayo de 2026)

Señores  
**AGENCIA NACIONAL DE HIDROCARBUROS - ANH**  
Avenida Calle 26 No. 59-65 Piso 2  
Cuidad

Asunto: Solicitud de pago de factura/cuenta de cobro por concepto de prestación de servicios de enero de 2026 del Contrato 709 de 2025, para el pago **No. 03 de 11.**

Atentamente remito la factura y/o cuenta de cobro junto con los documentos soporte correspondiente a mi solicitud de pago de honorarios/servicios, los cuales se adjuntan y se relacionan a continuación:

ID	DOCUMENTOS ALLEGADOS PARA EL PAGO	ADJUNTA (SI/NO)
1.	Factura / Cuenta de cobro # 03	SI
2.	Certificación contratista (Acreditación Art. 383 del Estatuto Tributario)	SI
3.	Planilla(s) de pago de seguridad social y parafiscales del periodo de cobro, conforme el Art. 1 Decreto 1273 de 2018.	SI
4.	Formato Depuración para efectos de Retención en la Fuente (Si aplica se adjunta para cada cobro)	SI
5.	Formato único de registro de terceros y certificación bancaria, (ambos para el primer pago o cambio de cuenta bancaria)	NO
6.	RUT: Para el primer pago	NO
7.	Comunicación de ANH de designación del supervisor del contrato: Para el primer pago o cambio de supervisor.	NO
8.	Acta de Inicio: Para el primer pago	NO
9.	Aprobación de ANH de la Póliza Contractual: Para el primer pago	NO
10.	Autorización de descuento por concepto de ahorro en cuenta AFC. (Si aplica se adjunta para cada cobro)	NO
11.	Declaración de bienes y rentas – conflicto de intereses, ley 2013 de 2019 (Para el primer pago) <a href="https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/">https://www.funcionpublica.gov.co/fdci/</a>	NO
12.	Constancia de actualización de hoja de vida de la Función Pública en SIGEP II, (Para el primer pago).	NO

ID	DOCUMENTOS ALLEGADOS PARA EL PAGO	ADJUNTA (SI/NO)
13.	Autorización de descuento a favor del Fondo de Empleados de la ANH (Si es afiliado)	NO
14.	Certificación Bancaria cuenta AFC (Para primer pago o cambio de cuenta AFC)	NO
15.	Certificación de cuenta de aportes voluntarios (Para primer pago o cambio de cuenta)	NO
16.	Certificación de pago de medicina prepagada o seguro de salud (Art. 387 del E.T.), corresponde al monto pagado por ese concepto en la vigencia inmediatamente anterior. (Si aplica se adjunta para cada cobro)	SI
17.	Certificación de pago de intereses por concepto de crédito hipotecario. Corresponde al monto pagado por ese concepto en la vigencia inmediatamente anterior. (Si aplica se adjunta para cada cobro)	SI

Cordialmente,

Nombres y Apellidos del Contratista: **Jenny Alexandra Saray Gutiérrez**

Número Documento de Identidad o NIT: **CC 1.026.266.236 de Bogotá**

Dirección del Contratista: **Calle 19A # 68D – 37, Ciudad de Bogotá**

Teléfono o Celular Contratista: **3138765637**

Correo electrónico Personal Contratista: **ing.jennysaray@gmail.com**

Anexos: Se anexa lo anunciado en **13** folios.

Copias: Edilsa Aguilar Gómez – Vicepresidencia Técnica

**JENNY ALEXANDRA SARAY GUTIÉRREZ**

Prestación de servicios

Dirección: Calle 19A # 68D - 37, Ciudad de Bogotá

Teléfono: 313 876 56 37

CC No. 1.026.266.236 de Bogotá

**CUENTA DE COBRO N°****3****Cliente**

Nombre	<b>AGENCIA NACIONAL DE HIDROCARBUROS</b>
NIT:	830.127.607-8
Dirección	Calle 26 # 59-65, Piso 2°
Ciudad	BOGOTA País: COLOMBIA
Teléfono	601 593 17 17

Fecha Cuenta: **8/05/2026**Contrato N° **709-2025**

Cantidad (días)	Descripción	Precio Unitario	TOTAL
2	"889. Prestar servicios profesionales especializados para la gestión de procesos de mejoramiento del dato con carácter espacial de acuerdo con los requerimientos de la entidad" Contrato 709 de 2025. 29 al 30 de abril de 2026	<b>\$444.166,67</b>	<b>\$888.333,33</b>

SubTotal **\$888.333,33****Payment**

- Efectivo  
 Cheque  
 Transferencia bancaria

**TOTAL \$888.333,33**

**Titular: Jenny Alexandra Saray Gutiérrez**  
**CC No. 1.026.266.236 de Bogotá**  
**Banco Bancolombia**  
**Cuenta bancaria - Tipo: Ahorros No. 18652042291**

**JENNY ALEXANDRA SARAY GUTIÉRREZ**

Para efectos de los requisitos de índole tributario y de seguridad social que debo acreditar ante la entidad, me permito manifestarle bajo la gravedad del juramento que:

### 1. DATOS GENERALES

Nombres y Apellidos: Jenny Alexandra Saray Gutiérrez

Documento de identidad: C.C. 1.026.266.236 de Bogotá

Régimen del Impuesto a las Ventas al que pertenece:

48 - Responsable de IVA

49 - No responsable de IVA

Mes o periodo al que pertenece la Certificación: abril de 2026

### 2. DECLARACIÓN PARA RETENCIÓN EN LA FUENTE

Para efectos de la aplicación de la Retención en la Fuente de que trata el Estatuto Tributario, me permito:

- Certificar que No he contratado o vinculado dos (2) o más trabajadores asociados a la actividad contratada por la ANH por un periodo igual o superior a noventa (90) días continuos o discontinuos Artículo 388 Inciso primero del Numeral 2.
- Solicitar que me sea incrementada la tarifa de retención en la fuente calculada para este pago en un 0%.

### 3. CUMPLIMIENTO DE OBLIGACIONES ANTE EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

- Los aportes realizados al Sistema de Seguridad Social cumplen los requisitos de Monto y Periodicidad establecidos por las normas vigentes y corresponden a los ingresos derivados del Contrato N° 709 de 2025 así:

Número de planilla: **75945075 ABRIL DE 2026**

Aporte salud: **\$ 218.900,00**

Aporte pensión: **\$ 280.200,00**

Aporte ARL: **\$ 9.200,00**

Los documentos soporte del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social en salud y pensión que adjunto, corresponden al pago realizado por concepto de los ingresos materia del pago sujeto a retención.

Se expide en Bogotá, a los 08 días del mes de mayo de 2026

**JENNY ALEXANDRA SARAY GUTIÉRREZ**

C.C. 1.026.266.236 de Bogotá

Celular: 3138765637

Dirección: Calle 19A # 68D – 37, Ciudad de Bogotá

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026266236	JENNY ALEXANDRA SARAY GUTIERREZ		CALLE 19A # 68D - 37	3138765637	jenny.saray67@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DÍAS/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DÍAS/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75945075	17/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,751,000	\$518.900	

## 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					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	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	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	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	9.200				9.200	0	0	9.200			92	9.200	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	10.600	0	0	10.600	1

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

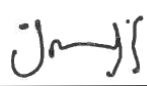
TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
PenSIÓN	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	1	9.200	9.200
CCF	1	10.600	10.600
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>4</b>	<b>518.900</b>	<b>518.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1026266236	JENNY ALEXANDRA SARAY GUTIERREZ		CALLE 19A # 68D - 37	3138765637	jenny.saray67@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75945075	17/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$1,751,000	\$518.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																	
INFORMACIÓN COTIZANTE				INFORMACIÓN NOVEDADES														PENSIÓN				SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF				PARAFISCALES																
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres		Cotizante	Salud	Extranjero	Colom. exarator	Exonemado	ING	RET	TDE	TPE	TTP	UP	UPP	SEN	ISE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 1026266236	SARAY GUTIERREZ JENNY ALEXANDRA		59	0			N															230301	1.751.000	30	280.200	0	0	0	0	EPS008	1.751.000	30	218.900	14-23	1.751.000	30	1	9.200	CCF24	1.751.000	30	10.600	0	0	0	0	0	

PAGADA

DEPURACIÓN PARA EFECTOS DE RETENCIÓN EN LA FUENTE				
IDENTIFICACIÓN				
NOMBRES Y APELLIDOS	JENNY ALEXANDRA SARAY GUTIÉRREZ			
No. IDENTIFICACIÓN	1.026.266.236 de Bogotá			
<b>1. CREDITO DE VIVIENDA</b>				
a. ¿Paga intereses por créditos de vivienda?	SI	X	NO	
b. ¿Adjunta certificación?	SI	X	NO	
c. ¿Crédito Compartido?	SI	X	NO	
En caso de contestar afirmativamente el punto 1c; en caso de que desee obtener todo el beneficio, por favor adjuntar notificación donde los demás titulares renuncian al beneficio tributario.				
<b>% que le corresponde: 50</b>				
<b>2. PAGOS DE SALUD</b>				
¿Realiza Aportes a Salud, de acuerdo al artículo 387 numeral a y b del E.T.?	SI	X	NO	
<b>3. DEPENDIENTES</b>				
<b>¿Tiene usted alguno de los siguientes DEPENDIENTES, definido en el artículo 387 – Parág. 2 del Estatuto Tributario?</b>				
1. Hijos menores de 18 años. (adjuntar registro civil)				<b>X</b>
2. Hijos con edad entre 18 y 23 años, el cuál usted 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. (adjuntar registro civil y certificados de estudios)				
3. Hijos mayores de 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos o psicológicos, (adjuntar <u>certificado por Medicina Legal</u> y registro civil)				
4. Cónyuge o compañero permanente del que se encuentre en situación de dependencia por ausencia de ingresos o ingresos menores a doscientas sesenta (260) UVT, <u>certificada por contador público</u> , o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean <u>certificados por Medicina Legal</u> . (adjuntar certificado de Medicina Legal o Certificación de Contador público)				
5. Padres y 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, <u>certificada por contador público</u> , o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sean <u>certificados por Medicina Legal</u> . (adjuntar certificado de Medicina Legal o Certificación de Contador público)				
<b>*Calidad de los dependientes –(DUR 1625 de 2016 – Parágrafo del Art. 1.2.4.1.18. )</b>				
Nombres y Apellidos	Tipo de Documento	Identificación No.	Edad	Parentesco
Oliver Avendaño Saray	Registro Civil	1014908513	2 años	Hijo
La anterior se firma el día 08 del mes de mayo del año 2026.				
			 Firma _____ CC No. 1.026.266.236 de Bogotá	
<b>*Se firma bajo la gravedad de Juramento</b>				

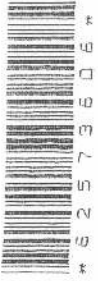


**REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL**  
**REGISTRO CIVIL DE NACIMIENTO**

Indicativo Serial

62573606

NUIP 1014908513



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

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/>	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	A	3	H
--	---	---------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	---

**País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**  
 COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. NOTARIA 52 BOGOTA DC \* \* \* \* \*

**Datos del inscrito**

<b>Primer Apellido</b>	<b>Segundo Apellido</b>
AVENDAÑO * * * * *	SARAY * * * * *

<b>Nombre(s)</b>
OLIVER * * * * *

<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo (en letras)</b>	<b>Grupo sanguíneo</b>	<b>Factor RH</b>
Año 2 0 2 3 Mes O C T Día 0 3	MASCULINO	O	POSITIVO

**Lugar de nacimiento (País - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o inspección)**  
 COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA D.C. \* \* \* \* \*

<b>Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos</b>	<b>Número certificado de nacido vivo</b>
CERTIFICADO MEDICO O DE NACIDO VIVO * * * * *	23109910668420 * *

**Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el primer apellido del inscrito)**  
**Apellidos y nombres completos**

SARAY GUTIERREZ JENNY ALEXANDRA \* \* \* \* \*

<b>Documento de identificación (Clase y número)</b>	<b>Nacionalidad</b>
CC No. 1026266236 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

**Datos de la madre o padre (para casos de pueblos indígenas con línea matrilineal, o parejas del mismo sexo, anotar el progenitor que indiquen los declarantes para el segundo apellido del inscrito)**  
**Apellidos y nombres completos**

AVENDAÑO MENDEZ DANIEL ALBERTO \* \* \* \* \*

<b>Documento de identificación (Clase y número)</b>	<b>Nacionalidad</b>
CC No. 1023896155 * * * * *	COLOMBIA * * * * *

**Datos del declarante**

**Apellidos y nombres completos**  
 AVENDAÑO MENDEZ DANIEL ALBERTO \* \* \* \* \*

<b>Documento de identificación (Clase y número)</b>	<b>Firma</b>
CC No. 1023896155 * * * * *	

**Datos primer testigo**

**Apellidos y nombres completos**  
 \* \* \* \* \*

<b>Documento de identificación (Clase y número)</b>	<b>Firma</b>
* * * * *	* * * * *

**Datos segundo testigo**

**Apellidos y nombres completos**  
 \* \* \* \* \*

<b>Documento de identificación (Clase y número)</b>	<b>Firma</b>
* * * * *	* * * * *

<b>Fecha de inscripción</b>	<b>Nombre y firma del funcionario que autoriza</b>
Año 2 0 2 3 Mes O C T Día 1 4	LUIS SIMON GIL GUZMAN Nombre y firma

<b>Reconocimiento paterno</b>	<b>Nombre y firma del funcionario ante quien se hace el reconocimiento</b>
Firma	Nombre y firma

**ESPACIO PARA NOTAS**

ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO



Notaría 52 de Bogotá D.C.  
Trv. 55 No. 98A - 66 C.C. Iserra 100  
Tel. 7435552 - 6160044

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
NOTARÍA CINCUENTA Y DOS (52) DE BOGOTÁ D.C.

Registro Civil de Nacimiento: -----

Esta fotocopia reproduce el folio original que reposa en el archivo de esta Notaría. ----

-----VÁLIDA PARA DEMOSTRAR PARENTESCO. -----

Se expide a solicitud del (a) interesado (a). El uso para otra finalidad podría constituir atentado contra el derecho a la intimidad bajo recibo del interesado (a), de conformidad con el Artículo 115 del Decreto 1260 de 1970.-----

SE EXPIDE PARA TRÁMITES LEGALES. -----

Expedida en Bogotá D.C., en la fecha:

14 OCT 2023

LUIS SIMON GIL GUZMAN

NOTARIO CINCUENTA Y DOS (52) DE BOGOTÁ D.C. - ENCARGADO



**CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR**

**COMPENSAR EPS**

**Nit. 860.066942-7**

**Certifica**

El(la) señor(a) JENNY ALEXANDRA SARAY GUTIERREZ identificado(a) con Cédula de Ciudadanía No. 1026266236, registra como contratante del Plan PC ESPECIAL CON POS con los siguientes afiliados:

Nombre	Identificación	Parent	Estado	Vigencia	Plan	Valor Mensual
OLIVER AVENDAÑO SARAY	RC - 1014908513	HI	Vigente a la fecha	Desde 01/03/2026 Hasta 28/02/2027	PC ESPECIAL CON POS	\$ 179.550
JENNY ALEXANDRA SARAY GUTIERREZ	CC - 1026266236	TR	Vigente a la fecha	Desde 01/03/2026 Hasta 28/02/2027	PC ESPECIAL CON POS	\$ 179.550
JEREMIE AVENDAÑO SARAY	RC - 1014914201	HI	Vigente a la fecha	Desde 01/03/2026 Hasta 28/02/2027	PC ESPECIAL CON POS	\$ 179.550
<b>Total Mensual Grupo Familiar</b>						<b>\$ 538.650</b>

- Valor Mensual Incluye IVA del 5%

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), en Bogotá a los 8 días del mes de mayo 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: Lina Chat Bot

CER-PAS 13776728



# DAVIVIENDA

NT. 860.034.313-7

H.01

## Extracto Crédito Hipotecario 570046940017729-0

Apreciado Cliente

**JENNY ALEXANDRA SARAY GUTIERREZ**

jenny12-48@hotmail.com

-

Páguese antes del

May. 19/2026

+ Valor Prorrogado

\$0.00

+ Valor Cuota Mes

\$3,250,000.00

+ Valor en Mora

\$0.00

**Total Valor a pagar**

**\$3,250,000.00**

Periodo Liquidado	Abr. 16/2026 - May. 19/2026	No. Cuotas Ptes. Pago Total	99
No. Días Liquidados	33	Tasa Interés Cte. Pactada	19.57 Efectivo Anual
No. Días en Mora	0	Tasa Interés Cte. Cobrada	11.00 Efectivo Anual
Sistema de Amortización	CUOTA FIJA \$	Tasa Interés Mora Cobrada	
Plazo	120	Tasa Seguro de Vida	0.04504 por millón
No. Cuotas que se cancela	21	Tasa Seguro de Incendio y Terremoto	0.01925 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)5700469400177290(3900)03250000.00(96)20340816

No del crédito: 570046940017729-0

Cliente: **JENNY ALEXANDRA SARAY GUTIERRE**

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".

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

A Continuación Detallamos el Comportamiento de su Crédito en el Periodo Anterior  
de Mar. 16/2026 a Abr. 16/2026

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
15Abr2026	\$3,251,000.00	00746054	TRANSFERENCIA Z

	Valores en Pesos
Seguro de Vida	\$137,106.00
Seguro de Incendio y Anexos	\$106,196.00
Seguro Protección de Pagos	\$0.00
Otros Cargos *	\$0.00
Intereses de Mora	\$0.00
Intereses Corrientes	\$1,756,078.68
Abonos a Capital	\$1,251,619.32
<b>Total Aplicado</b>	<b>\$3,251,000.00</b>
Valor Pagado Por Anticipado	\$0.00

Total Abonado: \$3,251,000.00

Valor Asegurado Vida: \$ 302,460,199.09  
 Valor Asegurado del Inmueble: \$ 463,590,000.00

**Nuevo Saldo de su crédito**

	Valor en Pesos
Saldo Anterior: <span style="float:right">Mar. 16/2026</span>	\$ 201,145,761.75
- Total Aplicado en el Periodo	\$ 3,251,000.00
+ Intereses Corrientes	\$ 1,756,078.68
+ Intereses de Mora	\$ 0.00
+ Seguros	\$ 243,302.00
+ Valores Prorrogados	\$ 0.00
+ Otros Cargos *	\$ 0.00
Saldo a: <span style="float:right">Abr. 16/2026</span>	\$ 200,136,590.43
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. 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](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