DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. 8802318 DE 2026				PERIODO DEL INFORME Desde (01/05/2026) – Hasta (31/05/2026)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual	X	Final	

1. DATOS DEL CONTRATO					
Unidad ejecutora	**DANE**	**X**	**FONDANE**		
Contratista	**Diana Carolina Fajardo Niño**				
Tipo y número de identificación (CC – NIT – CE – PTT)	**CC - 52518162**				
Objeto	9468101626 DCD_PPED_2026_BT_TH Prestación de servicios profesionales para realizar los boletines y productos técnicos sobre indicadores de salud y nutrición, que faciliten la difusión y análisis de información orientada a caracterizar subgrupos de población e identificar brechas sociodemográficas con enfoque diferencial e inclusivo en el marco de los compromisos sectoriales de la Dirección técnica de Censos y Demografía.				
Valor del contrato	**87.400.000**				
Plazo del contrato	El contratista ejecutará el servicio objeto del presente contrato a partir de la puesta en ejecución en la plataforma SECOP II, previo cumplimiento de los requisitos de perfeccionamiento y ejecución y hasta por nueve (9) meses y quince (15) días, sin exceder el 31 de octubre de 2026.				
Pago número	5 de 10				
Valor del pago	$ 9.200.000,00				
N° Registro Presupuestal	22626	**Fecha Registro Presupuestal**	10/01/2026		
Fecha aprobación garantía (si aplica)	N/A				
Modificaciones	NA				
Fecha de inicio	10/01/2026	**Fecha de terminación*** **	24/10/2026		
Dependencia	Dirección de Censos y Demografía				
Lugar de ejecución	Bogotá D.C., DANE CENTRAL				
Supervisor – Cargo	**Mariana Francisca Ospina Bohorquez - GIT- Proyecciones y Análisis Demográfico**				

*** Debe tener en cuenta las prórrogas, cuando aplique.

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO		
Porcentaje de ejecución física	49,5%	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
Elaborar conjuntamente con el supervisor, un plan de trabajo donde se establezca como mínimo: las actividades que se adelantarán en cumplimiento de las obligaciones y las fechas de entrega de los productos previstos en el contrato.	Ajuste de propuesta Plan de Trabajo discriminado por actividades, productos/entregables y fecha de entrega de los productos, enviado a la supervisora de contrato.	Obligación 1.pdf
Realizar los análisis técnicos especializados requeridos sobre indicadores de salud y nutrición, incorporando enfoques diferenciales por grupos étnicos y ciclo de vida.	Construcción del documento boletín "Estado nutricional en población Wayúu menor de 5 años, residentes en los municipios: Riohacha, Maicao, Manaure y Uribia de la Guajira -Colombia".	Obligación 2.pdf

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. 8802318 DE 2026				**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/05/2026) – Hasta (31/05/2026)			
Persona Natural	**X**	Persona Jurídica		Mensual	**X**	Final	

2. EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES FRENTE A LAS OBLIGACIONES ESPECÍFICAS DURANTE EL PERÍODO REPORTADO

Porcentaje de ejecución física	49,5%	
Obligación contractual (Relacionar cada una de las obligaciones específicas)	**Actividades realizadas** (Descripción cualitativa y cuantitativa de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)	**Evidencia** (Referir la ubicación de los registros o soportes de las actividades desarrolladas durante el periodo del informe para cumplir la obligación específica)
Producir documentos de síntesis, fichas técnicas, infografías u otros materiales que faciliten la comunicación de resultados técnicos sobre análisis de salud y nutrición, incorporando enfoques diferenciales por grupos étnicos y ciclo de vida	Construcción de documento boletín "Estado nutricional en población Wayúu menor de 5 años, residentes en los municipios: Riohacha, Maicao, Manaure y Uribia de La Guajira – Colombia"	Obligación 3.pdf
Elaborar documentos técnicos y soportes metodológicos que detallen los procedimientos, definiciones y fuentes utilizados en la generación de indicadores de salud y nutrición.	Documento base de construcción de indicadores para el boletín " Estado nutricional en población Wayúu menor de 5 años, residentes en los municipios: Riohacha, Maicao, Manaure y Uribia de La Guajira – Colombia"	Obligación 4.pdf
Las demás actividades que sean requeridas por el supervisor del contrato, que tengan relación con el objeto contractual	Asistencia y participación a reuniones semanales de seguimiento	Obligación 5.pdf

3. RELACIÓN DEL PAGO DE APORTES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

SALUD	**Periodo reportado** abril **Planilla N°** 9503910115 de 28/04/2026 abril **Planilla N°** 9505731054 de 01/06/2026
PENSIÓN	**Periodo reportado** abril **Planilla N°** 9503910115 de 28/04/2026 abril **Planilla N°** 9505731054 de 01/06/2026
ARL	**Periodo reportado** abril **Planilla N°** 9503910115 de 28/04/2026 abril **Planilla N°** 9505731054 de 01/06/2026

4. BALANCE FINANCIERO DEL CONTRATO (diligenciar para el último pago, o cuando haya alguna modificación que afecte el balance)

Valor inicial	
Valor total (incluye adiciones)	
Valor cancelado o pagado	
Saldo liberado (por inicio de contrato o pago proporcional)	
Valor por cancelar	
Saldo por liberar	

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

¿Le han reconocido pensión?	**SÍ** ___ **NO** _**X**_ **Fondo que la reconoció:** NA

DANE	INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. 8802318 DE 2026				PERIODO DEL INFORME Desde (01/05/2026) – Hasta (31/05/2026)			
Persona Natural	X	Persona Jurídica		Mensual	X	Final	

5. DECLARACIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

¿Pertenece a algún régimen especial?	**SÍ____ NO__X__**	**¿Cuál?:**
¿Cotiza sobre el límite máximo de cotización? (25 SMMLV)	**SÍ ___ NO__X__**	

Notas:

- Si la pensión es reconocida con anterioridad a la suscripción del contrato, la respectiva resolución y la planilla de pago de Salud y ARL deberán allegarse como soporte del primer informe.
- Si la pensión es reconocida durante la ejecución del contrato, la respectiva resolución deberá allegarse como soporte del informe del periodo correspondiente.

6. CERTIFICACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE RENTAS DE TRABAJO DIFERENTES A LAS PROVENIENTES DE UNA RELACIÓN LABORAL O LEGAL Y REGLAMENTARIA (sólo para Persona Natural)

Manifiesto por escrito y bajo la gravedad del juramento que sobre los ingresos percibidos **SÍ*____ NO**__X__** se tomarán costos o deducciones asociados a dichas rentas, conforme a lo establecido en los artículos 1.2.4.1.6 y 1.2.4.1.17 de Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, modificados por los artículos 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023 o las demás normas que lo modifiquen o sustituyan.

*** SÍ:** tomar costos o deducciones o no manifestarlo, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT Central de Cuentas o quien haga sus veces en las direcciones territoriales) que debe aplicar las tarifas de retención en la fuente previstas en los artículos 392 y 401 del Estatuto Tributario, según corresponda.

**** NO:** tomar costos o deducciones, le indicará a la Entidad (Área Financiera – GIT Central de Cuentas o quien haga sus veces en las direcciones territoriales) que debe aplicar el procedimiento de la renta exenta para la depuración de la base de retención en la fuente y la tarifa aplicable será la prevista en el artículo 383 del Estatuto Tributario.

7. VERIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE GESTIÓN DOCUMENTAL DE LA ENTIDAD

Luego de consultar el Sistema de Gestión Documental de la entidad, se verificó que **SÍ____ NO__X__** se encuentran radicados pendientes a cargo del contratista para el período del informe.

La anterior información corresponde a la verificación realizada por el responsable del manejo de la correspondencia.

Para el informe final, se debe anexar el Paz y Salvo correspondiente.

8. PAZ Y SALVO DE ALMACÉN (sólo para el informe final)

Anexar en el informe final

9. OBSERVACIONES (sólo se diligencia por el supervisor del contrato, si aplica)

El contratista se abstiene de mantener copia personal, parcial o total de la información entregada durante la ejecución del contrato y usarla con fines comerciales, académicos, personales, de intercambio con otras organizaciones públicas, privadas o no gubernamentales.

10. DECLARACIÓN ESPECIAL Y CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO

DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:

Con la firma del presente informe, en calidad de contratista/proveedor, declaro que toda la información aquí relacionada corresponde fidedignamente a las actividades ejecutadas durante el respectivo periodo. Asimismo, declaro que los valores de los aportes al Sistema General de Seguridad Social Integral – SGSSI corresponden a los ingresos efectivamente percibidos.

CERTIFICACIÓN DEL SUPERVISOR DEL CONTRATO:

Con la firma del presente informe, en calidad de supervisor/a, certifico el cumplimiento a cabalidad de las obligaciones establecidas en los Estudios y Documentos Previos por parte del contratista/proveedor y la plena autonomía en el desarrollo de sus actividades

DANE	**INFORME DE ACTIVIDADES Y CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS PROFESIONALES Y APOYO A LA GESTIÓN**	**Código:** GCO-030-MAN-002-f-001 **Versión: 1**

CONTRATO No. 8802318 DE 2026				**PERIODO DEL INFORME** Desde (01/05/2026) – Hasta (31/05/2026)			
Persona Natural	**X**	Persona Jurídica		Mensual	**X**	Final	

durante el respectivo periodo. La publicación de los documentos de la ejecución contractual expedidos a la fecha de la solicitud de pago serán verificados en la plataforma o sistema de contratación pública definido. Por lo anterior, autorizo el pago, conforme lo señala la cláusula de pago de los Estudios y Documentos Previos correspondientes.

Firma: _____

CONTRATISTA
Diana Carolina Fajardo Niño

Firma: _____

Aprobó - SUPERVISOR DEL CONTRATO
Mariana Francisca Ospina Bohorquez
GIT- Proyecciones y Análisis Demográfico

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52518162		FAJARDO NIÑO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 70A # 15 - 59 Apto 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133490	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	258092952	9503910115	I	2026/05/15	2026/04/28	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,030,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$3,551,400	$568,300			$3,551,400	$444,000			$0	$0			$3,551,400	$18,600		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$3,551,400	$568,300			$3,551,400	$444,000			$0	$0			$3,551,400	$18,600		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$3,551,400	$568,300			$3,551,400	$444,000			$0	$0			$3,551,400	$18,600		$0	$0
1	CC	52518162	FAJARDO DIANA	230301	30	$3,551,400	$568,300	EPS001	30	$3,551,400	$444,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,551,400	$18,600	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$3,551,400	$568,300			$3,551,400	$444,000			$0	$0			$3,551,400	$18,600		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$568,300	$0	$0	$568,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$568,300	$0	$0	$568,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,600	$0	$0	$18,600
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,600	$0	$0	$18,600
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$444,000	$0	$0	$444,000
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$444,000	$0	$0	$444,000
TOTAL				**1**	**$1,030,900**	**$0**	**$0**	**$1,030,900**

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52518162		FAJARDO NIÑO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 70A # 15 - 59 Apto 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133490	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	354719009	9505731054	N	2026/05/15	2026/06/01	BANCO DAVIVIENDA	17	$37,800

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación		Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$128,600	$20,500			$128,600	$16,000			$0	$0			$128,600	$700		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)						$128,600	$20,500			$128,600	$16,000			$0	$0			$128,600	$700		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)						$128,600	$20,500			$128,600	$16,000			$0	$0			$128,600	$700		$0	$0
1	CC	52518162	FAJARDO DIANA	230301	30	($3,551,400)	($568,300)	EPS001	30	($3,551,400)	($444,000)		0	$0	$0	14-23	30	($3,551,400)	($18,600)	0	$0	$0
2	CC	52518162	FAJARDO DIANA	230301	30	$3,680,000	$588,800	EPS001	30	$3,680,000	$460,000		0	$0	$0	14-23	30	$3,680,000	$19,300	0	$0	$0
Total			**Afiliados(1)**			$128,600	$20,500			$128,600	$16,000			$0	$0			$128,600	$700		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 52518162		FAJARDO NIÑO DIANA CAROLINA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	Calle 70A # 15 - 59 Apto 301	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3133490	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-04	2026-04	354719009	9505731054	N	2026/05/15	2026/06/01	BANCO DAVIVIENDA	17	$37,800

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$20,500	$300	$0	$20,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$20,500	$300	$0	$20,800
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$700	$100	$0	$800
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$700	$100	$0	$800
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$16,000	$200	$0	$16,200
ALIANSALUD EPS (ANTES COLMEDICA)	EPS001	830,113,831	0	1	$16,000	$200	$0	$16,200
TOTAL				1	$37,200	$600	$0	$37,800

DANE	**Formato Beneficio disminución retención en la fuente**	Código: GTH-070-GUI-004-f-008 Versión: 2

Ciudad y fecha	Bogotá 29 de mayo de 2026					
Nombre	Diana Carolina Fajardo Niño					
Tipo de Vinculación	Planta		Contrato	X	N° Contrato	8802318

De conformidad con lo dispuesto en el Articulo 387 del Estatuto Tributario, solicito tener en cuenta para disminuir de la retención en la fuente, los pagos efectuados en durante el año ____X_____ por concepto de:

[X] Certificado de intereses sobre préstamo de vivienda o leasing habitacional

[X] Certificado de pagos por salud (Medicina Pre-pagada y/o Seguros de Salud)

Anexo original de la(s) certificación (es) emitidas por la(s) entidad(es).

Adicionalmente hago constar que el (los) certificado (s) de intereses por concepto de vivienda presentado (s), corresponden a la misma vivienda.

Certifico que el presente documento es para la disminución de la base de retención en la fuente



Firma

Nombres / Apellidos: Diana Carolina Fajardo Niño

CC	CE	No. 52518162

Anexos

(1) *Decreto reglamentario 3750 de 1986 Art. 8°.*

"En el caso de que el crédito haya sido otorgado a varias personas, se aplicará proporcionalmente a cada una de ellas. Cuando el crédito fuere otorgado a ambos cónyuges, la deducción podrá ser solicitada en su totalidad en cabeza de uno de ellos, siempre y cuando manifieste en su solicitud que el otro cónyuge no la ha solicitado".

(2) **Art. 387 del Estatuto Tributario numeral a (modificado en la ley 1607 del 26/Dic. 2012, Art.15).**

a. "Los pagos efectuados por contratos de prestación de servicios a empresas de medicina pre pagada vigiladas por la Superintendencia Nacional de Salud, que impliquen protección al trabajador, su cónyuge, sus hijos y/o dependientes"

...5. 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."

b. Los pagos efectuados por seguros de salud, expedidos por compañías de seguros vigiladas por la Superintendencia Financiera de Colombia, con la misma limitación del literal anterior.

AVISO DE PRIVACIDAD PARA RECOLECCION DE DATOS PERSONALES

En mi calidad de titular de la información personal, de manera libre y voluntaria, autorizo al DANE para que de forma directa o a través de terceros realice la recolección, almacenamiento, uso, y administración de mis datos personales en cumplimiento del decreto 1070 del 28 de Mayo de 2013.

De manera expresa manifiesto que conozco, entiendo y he sido informado de mis derechos como titular de datos personales frente a i) conocer, actualizar y rectificar los datos personales, ii) solicitar prueba de la autorización otorgada para su tratamiento, iii) ser informado por DANE, previa solicitud, respecto del uso que le ha dado a los datos personales, iv) presentar quejas ante la Superintendencia de Industria y Comercio por infracciones a la ley, v) revocar la autorización y/o solicitar la supresión del(los) dato(s) en los casos en que sea procedente, y vi) acceder en forma gratuita a los mismos. Lo anterior, de conformidad con el Articulo 15 de la Constitución Nacional, la Ley Estatutaria 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

DAVIBANK S.A.

Nit:8600345941

DOMICILIO PRINCIPAL :CARRERA 7 No.24-89 Bogotá D.C.

CARTERA HIPOTECARIA

CERTIFICACION PARA EL PERIODO GRAVABLE DE 2,025

Los Señores:		IDENTIFICACION	P/S
FAJARDO NIÑO	DIANA	CAR 52518162	P

Presentaban en su obligación hipotecaria N°.:
204119061758

Los siguientes conceptos:

Valor Inicial del Préstamo		*****64.581.812,00
Saldo a Dic 31 del	2,024	*****17.396.921,82
Saldo a Dic 31 del	2,025	*****13.669.019,27
Valor pagado a Capital		******3.722.210,59
Valor pagado por Correccion Monetaria UVR		**********0,00
Valor pagado por Intereses		******1.341.691,43
Valor pagado por Otros Conceptos		********472.788,02
Pago todo concepto durante el año gravable		******5.536.690,04
Total Deducible		******1.341.691,43

CANTIDAD EN LETRAS:
UN MILLON TRESCIENTOS CUARENTA Y UN MIL SEISCIENTOS NOVENTA Y UN PESOS CON 43/100 MCTE ML **********

El presente certificado no requiere firma autógrafa por autorización

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario

del Art. 10 Decreto 836 de marzo 26 de 1991.
Dado a los 05 dias del mes de Mayo de 2026

****

Scotiabank Colpatria. S.A.
VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

®Marca registrada de The Bank of Nova Scotia, utilizada bajo licencia. Scotiabank Colpatria Establecimiento Bancario

Bogotá D.C., 2 de Junio de 2026

La Dirección de Operaciones certifica:

Que el señor(a) **FAJARDO NIÑO DIANA CAROLINA** identificado (a) con CEDULA DE CIUDADANIA No. **52518162** se encuentra afiliado(a) al servicio de Medicina Prepagada en el contrato número **500201370360**, plan **ZAFIRO ÉLITE** , con fecha de inicio de vigencia 2 de Julio de 2022

Periodicidad de pago	MENSUAL
Número usuarios vigentes	2
Estado Contrato	LIQUIDADO
Fin de Vigencia	31 de Diciembre de 2026

Discriminación del valor de la cuota por usuario para el año

Detalle de beneficiarios Mayo de 2026

Nr	Nombre	Edad	Genero	Identificación	Parentesco	Valor Cuota Mensual	Valor Cuota Periodicidad
1	FAJARDO NIÑO DIANA CAROLINA	41	F	CC 52518162	TITULAR	$435,901.00	$435,901.00
2	GONZALEZ FAJARDO JORDI MATEO	0	M	RC 1014914800	HIJO(A)	$420,878.00	$420,878.00

Detalle Cuota Contrato Mayo de 2026

VALOR CUOTA CONTRATO		$856,781.00
COBRO CUOTA DE ADMINISTRACIÓN		$0.00
DESCUENTO COMERCIAL		$0.00
DESCUENTO PRONTO PAGO		$0.00
DESCUENTO POS	1	$10,640.00
TOTAL FACTURA		$ 846,141.00
VALOR IVA	5%	$42,307.05
TOTAL A PAGAR		$ 888,448.05

Detalle de Pagos

Fecha de pago	Valor
11 de mayo de 2026	$ 888,448.00

FIRMA Y SELLO AUTORIZADOS

Síguenos como Colmédica en:

colmedica.com