| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO U ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS (OPS) PARA PROCESO DE PAGO POR TESORERIA | Versión | 1 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. SALUD Subred Sur Occidente E.S.E. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 11/09/2016 | |
| | | Código: | 15-02-FO-0002 | |

**INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA**

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE DEL CONTRATISTA: | YOLI TATIANA LANCHEROS MAHECHA | | | | | | | | | | | |
| TIPO DE DOCUMENTO: | C.C | X | C.E | | NO. | 52370698 | | | | | | |
| CORREO ELECTRONICO: | tatianalancheros@hotmail.com | | | | CELULAR: | 312589729 | | | | | | |
| UNIDAD DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD: | FONTIBON ZONA FRANCA FO09 | | | | | | | | | | | |
| UBICACIÓN DEL SERVICIO: | PIC VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL | | | | SEDE: | FONTIBON | | | | | | |
| CENTRO DE COSTOS: | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % | Centro de costo | % |
| | FO09K31 | 100 | | | | | | | | | | |
| ENTIDAD FINANCIERA: | DAVIVIENDA | | | | TIPO DE CUENTA: | AHORROS | | | | | | |
| NUMERO DE CUENTA BANCARIA | 8300504712 | | | | | | | | PENSIONADO | No | | |

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

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO DE CONTRATO Y VIGENCIA: | 3431 - 2021 | | | N° DE PAGOS DEL CONTRATO | | | 2 | DE | 2 |
| NÚMERO DE CDP | 288 | FECHA | 02/23/2021 | NÚMERO DE CRP | 18115 | FECHA | 02/28/2021 | | |
| OBJETO DEL CONTRATO: | Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional. | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PERIODO CERTIFICADO: | DESDE | DIA | MES | AÑO | HASTA | DIA | MES | AÑO |
| | | 1 | 3 | 2021 | | 31 | 3 | 2021 |
| VALOR HONORARIOS MENSUALES: | $3.570.149 | | | | | | | |
| TIPO DE SERVICIOS | PIC | RESERVA DE GLOSA 2% | $0 | | | | | |

OBSERVACIONES: Ninguna.

**CONTROL DE EJECUCIÓN DEL CONTRATO**

| CONCEPTO | VALORES |
|---|---|
| VALOR TOTAL DEL CONTRATO MAS ADICIONES: | $7.140.298 |
| VALOR EJECUTADO | $7.140.298 |
| **VALOR A PAGAR AL CONTRATISTA** | $3.570.149 |
| VALOR A LIBERAR | $0 |
| SALDO POR EJECUTAR | $0 |
| PORCENTAJE DE EJECUCIÓN | 100% |

**El interventor o supervisor del contrato CERTIFICA QUE:**

Se verifica el cumplimiento del **mínimo** valor de los aportes al sistema de seguridad social en salud y pensiones pagado en el mes. Los honorarios inferiores a **$2'271.315**, el valor para IBC debe ser sobre un salario mínimo legal vigente.

| Número de Planilla | IBC DE COTIZACION | APORTE A SALUD 12.5% IBC | APORTE PENSION 16% | NIVEL ARL | APORTE ARL | TOTAL APORTES |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 9417421391 | $1.428.060 | $178.507 | $228.489 | 3 | $34.787 | **$441.783** |

Dado en Bogotá en el mes de marzo del año Dos Mil veintiuno (2021). Lo anterior para que surta el pago pertinente. Cordialmente,

**JENNY CONSTANZA BERMUDEZ GARCIA**
NOMBRE y FIRMA DEL SUPERVISOR

**YOLI TATIANA LANCHEROS MAHECHA**
NOMBRE y FIRMA DEL CONTRATISTA

| Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. | INFORME DE ACTIVIDADES POR ORDEN DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS | Versión | 2 | ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. |
|---|---|---|---|---|
| | | Fecha de aprobación | 03/04/2017 | |
| | | Código: | 04-02-FO-0003 | |

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Ubicación del Servicio:** | PIC – VIGILANCIA SALUD AMBIENTAL | | | | **Sede:** FONTIBON ZONA FRANCA FO09 | | | | | |
| **No. DE CONTRATO:** | 3431-2021 | **Periodo certificado desde el** | **Día** | **Mes** | **Año** | **a** | **Día** | **Mes** | **Año** | |
| | | | 1 | 3 | 2021 | | 31 | 3 | 2021 | |
| **NOMBRE DEL CONTRATISTA:** | YOLI TATIANA LANCHEROS MAHECHA | | **C. C.** | | 52.370.698 | | **DE** | | BOGOTA | |

**OBJETO DEL CONTRATO: Prestar Servicos profesionales a la gestión administrativa y/o asistencial en el area de PIC, dentro de los diferentes procesos y procedimientos de la SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE E.S.E. de acuerdo al requerimiento institucional.**

**El resultado del cumplimiento del contrato es: Productos :** SI X NO ___ Servicios: SI ___ NO ___

| OBLIGACIONES CONTRACTUALES | PROGRAMADO | ACTIVIDADES REALIZADAS | PRODUCTOS ENTREGADOS |
|---|---|---|---|
| Realizar, liderar o apoyar acciones y/o procesos de inspección, vigilancia sanitaria y/o epidemiológica, en diferentes líneas de intervención o actividades correspondientes a las acciones de vigilancia intensificada a los que sea designado, afines al perfil profesional conforme a lo establecido en los documentos técnicos, estándares y plan de acción en el contrato vigente entre la Subred y la Secretaría Distrital de Salud. | SI | Visitas presenciales de verificación a las condiciones sanitarias de las 25 instituciones que ofertan servicios sociales a la persona mayor o acciones que ameriten intervencion presencial | Entrega de actas de IVC realizadas durante el mes, referido por la SDS. |
| Brindar asesoría técnica a la comunidad en normatividad Sanitaria y Ambiental. | SI | Visitas presenciales de verificación a las condiciones sanitarias de las 25 instituciones que ofertan servicios sociales a la persona mayor o acciones que ameriten intervencion presencial | Entrega de actas de IVC realizadas durante el mes, referido por la SDS. |
| Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos establecidos, indicando cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes que sustenten las actividades. Así como los respectivos cronogramas, visitas o acciones a realizar y realizadas. | SI | Visitas presenciales de verificación a las condiciones sanitarias de las 25 instituciones que ofertan servicios sociales a la persona mayor o acciones que ameriten intervencion presencial | Entrega de actas de IVC realizadas durante el mes, referido por la SDS. |
| Entregar oportunamente los productos que alimentan los sistemas de información en vigilancia sanitaria y otros. | SI | Atención de solicitudes, requerimientos, asistencia y participación en reuniones, boletín epidemiologico, informes a otras entidades: Unificación de base de datos de establecimientos inspeccionados, vigilados y controlados por la SDS. | Actas de reunión mediante videollamadas, en cada uno de los eventos, listados de asistencia, pretest y postest de cada tematica. |
| Acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse. | NO | No se programaron reuniones con la coordinación de vigilancia sanitaria y ambiental de otras subredes. | No Aplica |
| Formular y ejecutar las acciones preventivas y/o correctivas, y/o plan de mejoramiento a que haya lugar de acuerdo a las evaluaciones y recomendaciones obtenidas. | SI | Se realizo revisión y seguimiento a los soportes de las actividades realizadas. | Actas de reunión en cada uno de los eventos. |
| Mantener la confidencialidad de la información, reservas de los sistemas de información, derechos de autor en desarrollo de aplicaciones y programas tecnológicos, registro de soporte logistico (Software), definición de la tutoría de los documentos científicos y de más información que se genere dentro de las labores propias de su perfil en el componente de Vigilancia Sanitaria y Ambiental y de vigilancia en salud pública. | SI | Se realiza preauditoria y se participa en el proceso de auditoria programada para este mes. | Actas de reunión en cada uno de los eventos. |
| Informar oportunamente sobre cualquier eventualidad que interfiera en el cumplimiento de los objetivos establecidos y responder a la disponibilidad asignada. | SI | Se realizo entrega de cronogramas de operativos y vehiculos. | Cronograma mensual en su respectivo formato excel. |
| Llevar de forma ordenada un archivo físico y/o magnético de fácil consulta y verificación. | SI | Se realizo entrega semanal de soportes oportunamente para el ingreso en el sistema sivigila. | Actas IVC a hogares geriatricos de 30 visitas. |
| Atender y dar respuesta oportuna a peticiones, solicitudes o quejas presentadas por la comunidad | NO | No se programa para este periodo. | No Aplica. |
| Asistentes a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados. | SI | Se realiza oportunamente reinducción a los equipos en el momento requerido. | No Aplica. |
| Apoyar la realización de jornadas, actividades y eventos de interés del área de Salud Pública o demás actividades de la Subred, cuando sea requerido. | SI | Se da respuesta oportuna a cada una de las solicitudes tanto de SDS como de otras instituciones (SDIS, personerias locales). | Respuestas realizadas y entregadas. |
| Promover el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad. | NO | No se requirio. | No Aplica. |
| Conocer, promover y aplicar las Políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la Subred. | SI | Se da cumplimiento a plan de acción, portafolio, se realizan modificaciones para este periodo. | Reporte en Drive de formatos de seguimiento durante el mes, referido por la SDS. |
| Conocer, promover y aplicar las Normas de Gestión Ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de Bioseguridad | SI | Se da cumplimiento a plan de acción, portafolio, no se realizan modificaciones para este periodo, se ingresa información completa en sistema sivigila. | Se realiza seguimiento a la ejecución de metas programadas en el plan de acción, se realizan los respectivos ajustes que se requieran desde nivel central. |
| Ejecutar las actividades según criterios de autocontrol. | NO | No se presento ninguna eventualidad. | No Aplica. |
| Salvaguardar los equipos y elementos puestos a disposición para el desarrollo del objeto contractual. | NO | No se presento ninguna eventualidad. | No Aplica. |
| Cumplir con las normas y procedimientos establecidos en los manuales y reglamentos de la institución. | SI | Se alienta mensualmente el censo físico y magnetico. | Censo fisisco y magnetico. |
| Asistir a las diferentes reuniones, eventos o espacios que le sean asignados y/o delegados | SI | Se da respuesta oportuna a cada una de las solicitudes tanto de SDS como de otras instituciones (SDIS, personerias locales). | Respuestas realizadas y entregadas. |
| Participar en el proceso de acreditación en salud de la Subred | NO | No se programaron. | No Aplica. |
| Mantener, desarrollar e implementar la visión y la misión de la Subred e impulsar y promocionar nuestro portafolio de servicios | NO | No se programaron. | No Aplica. |
| Presentar y entregar informes oportunamente en los formatos avalados por la Secretaría Distrital de Salud y la Subred, de cada una de las actividades realizadas y sus respectivos soportes: (Cronograma, informes, entre otros) | SI | Se promueve el cuidado y custodia del patrimonio institucional y responder por los elementos dados a su responsabilidad. | No Aplica. |
| Presentación y acompañamiento a las auditorías internas y externas en caso de requerirse. | SI | Se conoce, promueve y aplica las políticas institucionales que garanticen los objetivos corporativos, el buen uso de los recursos, la seguridad, el bienestar y la satisfacción del cliente interno y externo de la subred. | No Aplica. |
| Participar activamente en procesos y metodologías de atención ante un evento prioritario de Salud Pública o alertas epidemiológicas que se presente de manera crítica en la Subred, según se requiera. | SI | Se Conoce, promueve y aplica las normas de gestión ambiental, residuos hospitalarios, manual de higiene y seguridad industrial, programa de salud ocupacional, planes de emergencia, para proteger la salud en el trabajo aplicando las técnicas de bioseguridad. | No Aplica. |

**OBSERVACIONES:**

**TOTAL A PAGAR (Número y letras): $ 3'570.149 Tres Millones Quinientos Setenta Mil Ciento Cuarenta y Nueve pesos M/Cte**

YOLI TATIANA LANCHEROS MAHECHA CC 52370698 ESTA Y FIRMA DEL CONTRATISTA.

Fecha : dd/mm/aaaa Firma de recibido supervisor

Nota: El informe para su aprobación estará sujeto a la certificación de cumplimiento del contrato que expida el supervisor.

Catalina Herrera Ortega
19 - 3 - 2021

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 52370698 | | LANCHEROS MAHECHA YOLI TATIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 69 No 20-16 sur apto 411 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7201445 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 920945777 | 9417421391 | I | 2021/03/23 | 2021/03/12 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $441,900 |

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) | | | | | $1,428,060 | $228,500 | | | $1,428,060 | $178,600 | | | $0 | $0 | | | $1,428,060 | $34,800 | | $0 | $0 |
| Centro de Trabajo: PRINCIPAL ( 1 Afiliados) | | | | | $1,428,060 | $228,500 | | | $1,428,060 | $178,600 | | | $0 | $0 | | | $1,428,060 | $34,800 | | $0 | $0 |
| Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. ( 1 Afiliados) | | | | | $1,428,060 | $228,500 | | | $1,428,060 | $178,600 | | | $0 | $0 | | | $1,428,060 | $34,800 | | $0 | $0 |
| 1 | CC 52370698 | LANCHEROS YOLI | 231001 | 30 | $1,428,060 | $228,500 | EPS044 | 30 | $1,428,060 | $178,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $1,428,060 | $34,800 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | $1,428,060 | $228,500 | | | $1,428,060 | $178,600 | | | $0 | $0 | | | $1,428,060 | $34,800 | | $0 | $0 |

PLANILLA PAGADA

 2021/03/11 08:10 PM

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 52370698 | | LANCHEROS MAHECHA YOLI TATIANA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | CRA 69 No 20-16 sur apto 411 | BOGOTA-BOGOTA D.E. | 7201445 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 920945777 | 9417421391 | I | 2021/03/23 | 2021/03/12 | BANCO DAVIVIENDA | 0 | $441,900 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $228,500 | $0 | $0 | $228,500 |
| COLFONDOS | 231001 | 800,227,940 | 6 | 1 | $228,500 | $0 | $0 | $228,500 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $34,800 | $0 | $0 | $34,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $34,800 | $0 | $0 | $34,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $178,600 | $0 | $0 | $178,600 |
| MEDIMAS EPS | EPS044 | 901,097,473 | 5 | 1 | $178,600 | $0 | $0 | $178,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $441,900 | $0 | $0 | $441,900 |



2021/03/11 08:10 PM

Bogotá DC Marzo 19 de 2021

Señores
SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUROCCIDENTE ESE
Ciudad

Me permito CERTIFICAR, BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO:

1. Que durante el año 2020: SI__x__ o NO ____cancele intereses de vivienda (marcar según el caso), **adjunto certificación**
2. Que durante el año 2020: SI_____ o NO __x___cancele pólizas de medicina prepagada, o pólizas de salud, o plan complementario, (marcar según el caso) adjunto certificación.
3. DECLARO, bajo la gravedad del juramento que mis dependientes son:

| NOMBRE | IDENTIFICACION | PARENTESCO | EDAD | CURSO | INSTITUCION |
|---|---|---|---|---|---|
| Nicolas David González Lancheros | 1014991015 | Hijo | 13 | Sexto | Colegio Integración Moderna |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Que durante el año 2020

4. Soy declarante de RENTA: SI ___x____ NO _____
5. SI _____ NO __x___ mis ingresos laborales fueron iguales o superiores a 1400 UVT ($49.850.000)
6. PATRIMONIO BRUTO: Que, durante el año 2020, SI _x____ NO _____ mi patrimonio bruto era igual o superior a 4500 UVT (160.232.000)
7. El valor de los aportes voluntarios a Fondos de Pensiones o cuentas AFC, es de $_0_____
8. Solicito SI _____ NO ___x____ realizar retención en la fuente adicional, a la calculada por el sistema ordinario por valor de $_____
9. Solicito por favor aplicar para efectos de la retención en la fuente el Articulo 383 del ET SI __x___ NO____ o aplicar la Retención en la fuente del 11% SI _____ NO __x_____

Atentamente

NOMBRE YOLI TATIANA LANCHEROS MAHECHA
FIRMA
C.C 52.370.698
UNIDAD CAPS ZONA FRANCA

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14748315751

(415)7707212489984(8020) 000001474831575 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 3 7 0 6 9 8 | 6 | Impuestos de Bogotá | 3 2 |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 2 3 7 0 6 9 8 | 1 9 9 5 0 8 2 2 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LANCHEROS | MAHECHA | YOLI | TATIANA |

35. Razón social

| 36. Nombre comercial | 37. Sigla |
|---|---|
| | |

## UBICACIÓN

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

41. Dirección principal: CRT 80 D 7 B 83 TO 9 AP 205

42. Correo electrónico: tatianalancheros@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 5 1 6 7 1 2 2 | 3 1 2 5 8 9 7 0 2 9 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7 4 9 0 | 2 0 1 4 0 7 1 3 | 8 5 5 9 | 2 0 1 4 0 7 1 3 | | 7 0 2 0 6 8 1 0 | | 0 |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5 2 2 4 9

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

22- Obligado a cumplir deberes formales a

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

54. Código

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2021 - 03 - 18 / 20 : 27: 56

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

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

984. Nombre: LANCHEROS MAHECHA YOLI TATIANA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Credifamilia
Para todos.

(415)7709998041127(8020)01009045003137

# EXTRACTO RECIBO CRÉDITO HIPOTECARIO

YOLI TATIANA LANCHEROS MAHECHA
CARRERA 80 D 7 B-83 TORRE 9 APTO 205 CJTO SENDEROS DE CASTILLA BOGOTÁ D.C.
BOGOTÁ D.C.

OFICINA :102
CLIENTE NO:9045

**CREDITO N°. 3137**

| | |
|---|---|
| PLAZO TOTAL PACTADO | 177 Meses |
| TASA DE INTERES PACTADA PESOS E.A | 13.12 % |
| TASA DE INTERES PACTADA UVR E.A | UVR +0% |
| TASA MORA E.A | 19.68 % |

| CUOTA ACTUAL | CUOTAS PENDIENTES | CUOTAS EN MORA | SISTEMA DE AMORTIZACION | COTIZACION UVR A FECHA DE CORTE | SALDO CAP UVR ANTES DE PAGO | SALDO CAP PESOS ANTES DE PAGO | SALDO DE LA DEUDA EN LA FECHA DE FACTURACION | TASA SUBSIDIO APLIC |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 83 | 94 | 0 | CUOTA CONSTANTE EN PESOS | 0 | 0 | $33.097.074,39 | $33.215.582,23 | 0% |

## CORTE ANTERIOR

FECHA 12-03-2021 — COTIZACION UVR 0

### DISTRIBUCION APLICACION PERIODO ANTERIOR

| CONCEPTO | UVR | PESOS |
|---|---|---|
| ABONO A CAPITAL | 0 | $207.500,78 |
| INTERÉS DE CORRIENTES | 0 | $343.909,78 |
| INTERÉS DE MORA | 0 | $715,12 |
| FALTANTE CUOTA ANTERIOR | 0 | $0 |
| COBRO JUDICIAL | 0 | $0 |
| SEGURO DE VIDA | 0 | $9.315,8 |
| SEGURO DE INCENDIO Y TERREMOTO | 0 | $16.697,82 |
| GASTOS TRAMITES COBRANZAS | 0 | $0 |
| COMISIÓN F.N.G | 0 | $0 |
| TOTAL A DISTRIBUIR | 0 | $578.139,3 |
| SUBSIDIO DE TASA | 0 | $0 |
| SALDO A FAVOR | 0 | $0 |
| SALDO EN MORA | 0 | $0 |
| ALIVIO COVID | 0 | $0 |

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

¡AHORA PUEDE DESCARGAR SU EXTRACTO GRATIS DESDE NUESTRO PORTAL CLIENTES!. VISÍTENOS EN www.credifamilia.com/clientes-credifamilia

CREDIFAMILIA CF INFORMA TRANSFERENCIA DE SU CRÉDITO HIPOTECARIO A BANCO AV VILLAS QUIEN SE SUBROGO EN LOS DERECHOS Y GARANTIAS. CF SIGUE ADMINISTRANDOLO.

Queremos estar permanentemente en contacto con ustedes, por favor no olvide actualizarnos sus datos cada vez que los modifique. Evite reportes negativos a las centrales de Riego. Se le informa que si usted incumple su obligación (entrara en mora), Credifamilia CF realizara el reporte negativo a las centrales de Riesgo, si hay lugar a ello. Para mayor información consulte en el siguiente link:
**https://www.credifamilia.com/contacto/contacto-preguntas-frecuentes-atencion-al-cliente**

Toda la información correspondiente a las Pólizas de incendio y Terremoto así como de Vida, se encuentra plenamente descrita en nuestra página web:
**https://www.credifamilia.com/acerca/licitaciones**

Darío Laguado Monsalve **Defensor al consumidor Principal** Correo reclamaciones@defensorialg.com.co
Mario Vargas Gutiérrez **Defensor al consumidor Suplente** Correo reclamaciones@defensorialg.com.co
Dirección: Carrera 70A No 11 - 83. Bogotá, Colombia. Teléfono: (57-1) 543 98 50 ó (57-1) 235 16 04

## DISTRIBUCION PERIODO FACTURADO

| CONCEPTO | UVR | PESOS |
|---|---|---|
| ABONO A CAPITAL | 0 | $209.643, |
| INTERÉS DE CORRIENTES | 0 | $341.767, |
| INTERÉS DE MORA | 0 | |
| FALTANTE CUOTA ANTERIOR | 0 | |
| COBRO JUDICIAL | 0 | |
| SEGURO DE VIDA | 0 | |
| SEGURO DE INCENDIO Y TERREMOTO | 0 | $4.585, |
| GASTOS TRAMITES COBRANZAS | 0 | |
| COMISIÓN F.N.G | 0 | |
| ALIVIO COVID | 0 | |
| TOTAL FACTURADO | 0 | $555.9 |
| SUBSIDIO DE TASA | 0 | |

### VALORES ASEGURADOS

| | |
|---|---|
| VIDA | $33.204.190 |
| FACTOR COBRO SEGURO DE VIDA | 00.000278 |
| INCENDIO Y TERREMOTO | $96.548.163,91 |

| | |
|---|---|
| CANCELECE ANTES DE | 05-04-2021 |
| CREDITO EN MORA DESDE | - |
| **VALOR A PAGAR** | **$555.997** |

**ADVERTENCIA:** Apreciado Cliente tenga en cuenta que, el incumplimiento de tres (3) cuotas consecutivas de su crédito, de conformidad con lo establecido en el Decreto 1077 de 2015, trae como consecuencia, a partir del día siguiente al vencimiento de la última cuota incumplida, la pérdida del beneficio al subsidio a la tasa del FRECH.

Bancolombia asegurado. Deceval seguro de Depósito

CUALQUIER INCONFORMIDAD COMUNICARLA A NUESTROS REVISORES FISCALES PRICE WATERHOUSE COOPERS LTDA AL A.A. 6099 EN BOGOTA - COLOMBIA

EXTRACTO RECIBO CRÉDITO HIPOTECARIO

Evite FRAUDES, recuerde que Credifamilia SOLO recibe pagos en efectivo en sus oficinas y ningún funcionario se encuentra autorizado para recibir pagos personalmente.
Sus consignaciones o pagos los debe realizar **ÚNICAMENTE** a través de alguno de los medios descritos en este documento (Baloto, Éxito, Carulla, Surtimax).

Credifamilia

VISITE NUESTRA PAGINA WEB: WWW.CREDIFAMILIA.COM. O EN NUESTRO FACEBOOK/CREDIFAMILIA

(415)7709998041127(8020)01009045003137

| Referencia de pago | 01009045003137 |
|---|---|

**ADVERTENCIA:** Credifamilia le informa que a partir del 01 de Abril de 2019, usted recibirá su extracto por los siguientes canales: SMS (Mensaje de Texto), correo electrónico y portal clientes ¿Inquietudes? Escribanos o actualice los datos: solicitud.extractoscf@credifamilia.com

| FECHA DE FACTURACION | 13-03-2021 | FECHA DE PAGO | |
|---|---|---|---|
| CONCEPTO | | | VALOR |
| EFECTIVO | | | |
| CHEQUE | COD. BCO. | CHEQUE NO. | |
| TOTAL A PAGAR | | | |

Usted puede pagar el valor de su cuota mensual por los siguientes medios: 1) en efectivo en las cajas de los almacenes ÉXITO, CARULLA, SURTIMAX, solicitando que el pago sea leído utilizando el DATAFONO; 2) En BALOTO bajo el número de convenio 9595959976 y con número de referencia de pago; 3) En Sucursal Banco AV villas lectura con código de barras bajo el servicio "060616- Pagos cartera individual; 5) Cajero electrónico ATH se paga de forma manual con convenio "9966" o con codigo de barras como resultado (Banco Av Villas Credifamilia); 6) En AVALPAY convenio Banco Av Villas Credifamilia (09000076) con número de referencia de Pago

[redacted] pueda de [redacted] favor comunicarse [redacted] de cobranzas [redacted] 145

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Declaración de Renta y Complementario Personas Naturales y Asimiladas de Residentes y Sucesiones Ilíquidas de Causantes Residentes

PRIVADA

**210**

1. Año 2019 | 111. Fracción de año 2020 ☐

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 2116606295926

(415)7707212489984(8020) 000211660629592 6

Datos del declarante

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6.DV | 7. Primer apellido | 8. Segundo apellido | 9. Primer nombre | 10. Otros nombres | 12.Cod. Dirección seccional |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 2 3 7 0 6 9 8 | 6 | LANCHEROS | MAHECHA | YOLI | TATIANA | 3 2 |

24. Actividad económica 7 0 2 0 | Si es una corrección indique: | 25.Cód. | 26. No. Formulario anterior | 27. Si es beneficiario de un convenio para evitar la doble tributación (Marque X*) ☐

## Patrimonio

| | | | |
|---|---|---|---|
| Total patrimonio bruto | 28 | | 159,929,000 |
| Deudas | 29 | | 37,496,000 |
| **Total patrimonio líquido** | 30 | | 122,433,000 |

## Cédula general

### Rentas de trabajo

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos brutos por rentas de trabajo (art 103 E.T.) | 31 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 32 | 0 |
| Costos y deducciones procedentes (trabajadores independientes) | 33 | 0 |
| **Renta líquida** | 34 | 0 |
| Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de trabajo | 35 | 0 |
| **Rentas exentas y deducciones imputables (limitadas)** | 36 | 0 |
| **Renta líquida de trabajo** | 37 | 0 |

### Rentas de capital

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos brutos por rentas de capital | 38 | 1,000 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 39 | 0 |
| Costos y deducciones procedentes | 40 | 0 |
| **Renta líquida** | 41 | 1,000 |
| Rentas líquidas pasivas de capital – ECE | 42 | 0 |
| Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas de capital | 43 | 0 |
| **Rentas exentas y deducciones imputables (limitadas)** | 44 | 0 |
| **Renta líquida ordinaria del ejercicio** | 45 | 1,000 |
| **Pérdida líquida del ejercicio** | 46 | 0 |
| Compensaciones por pérdidas rentas de capital | 47 | 0 |
| **Renta líquida de capital** | 48 | 1,000 |

### Rentas no laborales

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos brutos rentas no laborales | 49 | 104,311,000 |
| Devoluciones, rebajas y descuentos | 50 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 51 | 5,130,000 |
| Costos y gastos procedentes | 52 | 54,200,000 |
| **Renta líquida** | 53 | 44,981,000 |
| Rentas líquidas pasivas no laborales – ECE | 54 | 0 |
| Rentas exentas y deducciones imputables a las rentas no laborales | 55 | 4,200,000 |
| **Rentas exentas y deducciones imputables (limitadas)** | 56 | 4,200,000 |
| **Renta líquida ordinaria del ejercicio** | 57 | 40,781,000 |
| **Pérdida líquida del ejercicio** | 58 | 0 |
| Compensaciones por pérdidas rentas no laborales | 59 | 0 |
| **Renta líquida no laboral** | 60 | 40,781,000 |

| | | |
|---|---|---|
| **Renta líquida cédula general** | 61 | 44,982,000 |
| **Rentas exentas y deducciones imputables limitadas** | 62 | 4,200,000 |
| **Renta líquida ordinaria cédula general** | 63 | 40,782,000 |
| Compensaciones por pérdidas año gravable 2016 y anteriores | 64 | 0 |
| Compensaciones por exceso de renta presuntiva | 65 | 0 |
| Rentas gravables | 66 | 0 |
| **Renta líquida gravable cédula general** | 67 | 40,782,000 |

## Liquidación privada

| | | |
|---|---|---|
| Renta presuntiva | 68 | 582,000 |

### Cédula de pensiones

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos brutos por rentas de pensiones del país y del exterior | 69 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 70 | 0 |
| **Renta líquida** | 71 | 0 |
| Rentas exentas de pensiones | 72 | 0 |
| **Renta líquida gravable cédula de pensiones** | 73 | 0 |

### Cédula de dividendos y participaciones

| | | |
|---|---|---|
| Dividendos y participaciones 2016 y anteriores, y otros | 74 | 0 |
| Ingresos no constitutivos de renta | 75 | 0 |
| **Renta líquida ordinaria año 2015 y anteriores** | 76 | 0 |
| 1a. Subcédula año 2017 y siguientes numeral 3 art. 49 del E.T. | 77 | 0 |
| 2a. Subcédula año 2017 y siguientes parágrafo 2 art. 49 del E.T. | 78 | 0 |
| Renta líquida pasiva dividendos - ECE y/o recibidos del exterior | 79 | 0 |
| Rentas exentas de la casilla 79 | 80 | 0 |

### Ganancias ocasionales

| | | |
|---|---|---|
| Ingresos por ganancias ocasionales en el país y del exterior | 81 | 0 |
| Costos por ganancias ocasionales | 82 | 0 |
| Ganancias ocasionales no gravadas y exentas | 83 | 0 |
| **Ganancias ocasionales gravables** | 84 | 0 |

### Impuesto sobre las rentas líquidas gravables

| | | |
|---|---|---|
| General y de pensiones | 85 | 651,000 |
| o Renta presuntiva y de pensiones | 86 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2016 | 87 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 1a. subcédula | 88 | 0 |
| Por dividendos y participaciones año 2017 y siguientes, 2a. subcédula, y otros | 89 | 0 |
| **Total impuesto sobre las rentas líquidas gravables** | 90 | 651,000 |

### Descuentos

| | | |
|---|---|---|
| Impuestos pagados en el exterior | 91 | 0 |
| Donaciones | 92 | 0 |
| Otros | 93 | 0 |
| **Total descuentos tributarios** | 94 | 0 |

| | | |
|---|---|---|
| **Impuesto neto de renta** | 95 | 651,000 |
| Impuesto de ganancias ocasionales | 96 | 0 |
| Descuento por impuestos pagados en el exterior por ganancias ocasionales | 97 | 0 |
| **Total impuesto a cargo** | 98 | 651,000 |
| Anticipo renta liquidado año gravable anterior | 99 | 0 |
| Saldo a favor del año gravable anterior sin solicitud de devolución y/o compensación | 100 | 69,000 |
| Retenciones año gravable a declarar | 101 | 617,000 |
| Anticipo renta para el año gravable siguiente | 102 | 0 |
| **Saldo a pagar por impuesto** | 103 | 0 |
| Sanciones | 104 | 0 |
| **Total saldo a pagar** | 105 | 0 |
| **Total saldo a favor** | 106 | 35,000 |

107. No. Identificación signatario | 108. DV

981. Cód. Representación ☐☐ Firma del declarante o de quien lo representa

982. Cód. Contador ☐ Firma contador | 994. Con salvedades ☐

983. No. Tarjeta profesional

997. Espacio d... d recaudadora

Firmado
2020-08-12 / 11:12:40 PM
Fecha Acuse de Recibo

980. Pago total $ 0

996. Espacio para el número interno de la DIAN/ Adhesivo

91000702407745

202023203347 20

DOCUMENTO EQUIVALENTE No 3/2021

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

NIT: 900.959.048-4

DEBE A:

YOLI TATIANA LANCHEROS MAHECHA

CC 52.370.698 DE BOGOTA

La suma de $ 3.570.149 (TRES MILLONES QUINIENTOS SETENTA MIL CIENTO CUARENTA Y NUEVE PESOS MONEDA CTE) por concepto de servicios PROFESIONAL EN INGENIERIA DE ALIMENTOS durante el periodo de 01/3/2021 al 31/3/2021 de conformidad con lo establecido en el contrato de prestación de servicios No 3431/2021

YOLI TATIANA LANCHEROS MAHECHA

Nombre del contratista

CC 52.370.698 de BOGOTA

CUENTA DE AHORROS BANCO DAVIVIENDA

NUMERO 8300504712