

# Funeraria San Carlos

Nit.32.472.170-5

## INFORME DE ACTIVIDADES – MARIA ANGELICA POSADA ARISTIZABAL

Informe de actividades del 24 de agosto al 16 de octubre de 2024 al contrato Nro. CMC-004-2024 suscrito el 21 de marzo de 2024, entre la **Administración Municipal de San Carlos** NIT. 890983740-9 y **MARÍA ANGÉLICA POSADA ARISTIZÁBAL**, identificada con cédula de ciudadanía Nro. 32.472.170 representante legal del establecimiento FUNERARIA SAN CARLOS cuyo objeto es: "**PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA POBLACIÓN COMO MEDIANTE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS FUNERARIOS PARA PERSONAS EN CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD, VÍCTIMAS DEL CONFLICTO ARMADO Y/O DE ESCASOS RECURSOS ECONÓMICOS DEL MUNICIPIO DE SAN CARLOS- ANTIOQUIA**". Por un valor de 20.000.000 (VEINTE MILLONES DE PESOS M/L) hasta el 31 de diciembre 2024 o hasta agotar presupuesto.

- Actividad 1: Prestación de servicios fúnebres como el cual incluye: cofre fúnebre, preservación del cuerpo, trámites para el servicio (diligenciamiento de documentos requeridos) y servicio de transporte del cuerpo.

| ITEM | ACTIVIDAD                                                                                                                                                                          | RESPONSABLE                       | TIEMPO-<br>LUGAR                                                                              | RESULTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Prestación de servicios fúnebres como el cual incluye: cofre fúnebre, preservación del cuerpo, trámites para el servicio (diligenciamiento de documentos requeridos) y servicio de | MARÍA ANGÉLICA POSADA ARISTIZÁBAL | Del 24 de agosto al 16 de octubre de 2024- Administración Municipal de San Carlos, Antioquia. | Se prestó el servicio de gestión y realización de ceremonias fúnebres para los residentes del Municipio de San Carlos, Antioquia. Este servicio incluyó la provisión de un cofre fúnebre de alta calidad, la preservación adecuada del cuerpo, la realización de todos los trámites necesarios y la |

# Funeraria San Carlos

Nit.32.472.170-5

|  |                        |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|--|------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | transporte del cuerpo. |  |  | organización de documentos requeridos, así como el transporte seguro del cuerpo al lugar del servicio y entierro. Con estas acciones, se garantizó un manejo respetuoso y digno en el proceso de despedida de los seres queridos, brindando apoyo integral a las familias en momentos de duelo. |
|--|------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| ITEM | DESCRIPCIÓN                                                                                                                                                                                               | UBICACIÓN                                   | VALOR UNITARIO | SERVICIOS PRESTADOS | VALOR TOTAL |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------|---------------------|-------------|
| 1    | Prestación de servicios fúnebres como el cual incluye: cofre fúnebre, preservación del cuerpo, trámites para el servicio (diligenciamiento de documentos requeridos) y servicio de transporte del cuerpo. | Área Urbana                                 | \$1.500.000    | 0                   |             |
|      |                                                                                                                                                                                                           | Veredas, Corregimientos y Sectores lejanos. | \$2.000.000    | 4                   | \$8.000.000 |

# Funeraria San Carlos

Nít.32.472.170-5

La implementación del contrato, cuyo propósito es salvaguardar los derechos fundamentales de la comunidad a través de la provisión de servicios funerarios para personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo a víctimas del conflicto armado y/o a aquellos con limitaciones económicas en el municipio de San Carlos, Antioquia, se realizó de manera meticulosa y de acuerdo a las especificaciones técnicas incluidas en los documentos anexos y estudios pertinentes.

Entre el 24 de agosto y el 16 de octubre de 2024, se realizaron las siguientes acciones para garantizar el cumplimiento total del contrato:

**Suministro del Cofre Funerario:** Se proporcionaron ataúdes de alta calidad, elegidos conforme a los estándares técnicos y requisitos necesarios para asegurar dignidad y respeto hacia los difuntos.

**Conservación del Cuerpo:** Se llevaron a cabo los procedimientos de conservación del cuerpo de acuerdo con las normativas sanitarias y técnicas, garantizando un manejo y preservación adecuados hasta el momento del servicio funerario.

**Gestión de Trámites y Documentación:** Se realizaron todos los trámites necesarios, incluyendo la cumplimentación de los documentos requeridos para el servicio funerario, facilitando a las familias el cumplimiento de las formalidades legales y administrativas.

**Transporte del Cuerpo:** Se aseguró un transporte seguro y digno del cuerpo hacia el lugar del servicio y del entierro, utilizando vehículos apropiados y siguiendo los protocolos establecidos.

Todas las actividades se llevaron a cabo de acuerdo con las especificaciones técnicas detalladas en los documentos anexos y los estudios del proceso. Se asignaron todos los recursos necesarios para garantizar la correcta y puntual ejecución del contrato. Se mantuvo un enfoque continuo en la calidad del servicio, siguiendo las recomendaciones del municipio de San Carlos, con el objetivo de asegurar el adecuado cumplimiento del objeto contractual.

Este servicio funerario brindó un apoyo esencial a las personas en situación de vulnerabilidad, víctimas del conflicto armado y/o con recursos económicos limitados, garantizando el respeto y la protección de sus derechos fundamentales.

# Funeraria San Carlos

Nít.32.472.170-5

Al ofrecer servicios funerarios dignos y completos, se proporcionó consuelo y apoyo a las familias en momentos de luto, contribuyendo a la cohesión social y al bienestar de la comunidad.

De esta manera, se cumplió plenamente con las obligaciones contractuales, asegurando que los servicios funerarios ofrecidos no solo se ajustaran a los estándares técnicos y legales, sino que también respetaran la dignidad y los derechos de las personas en situación de vulnerabilidad.

A continuación, se adjuntan las evidencias del documento de identidad y del certificado de defunción de las personas que recibieron los servicios funerarios entre el 24 de agosto y el 16 de octubre de 2024, quienes cumplieran con los requisitos para acceder a ellos.

  
**MARIA ANGELICA POSADA ARISTIZABAL**  
Representante Legal  
CC. 32.472.170

  
**Vo.Bo DANIEL ORREGO TAMAYO**  
Supervisor  
Secretario de Gobierno

Vivanto



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS



GOBIERNO DE COLOMBIA

BIENVENIDO: ESTEFANIA HERNANDEZ MONTOYA



## CONSULTA INDIVIDUAL

[VOLVER A PÁGINA DE BÚSQUEDA](#)

## DATOS VIGENTES DE LA PERSONA

ID: 24056316 NOMBRE: MARIA CATALINA CIFUENTES GARCIA  
 DOCUMENTO: 37919487 TIPO: CEDULA DE CIUDADANIA / CONTRASEÑA GENERO:  
 ETNIA: NINGUNO FUENTE VALIDACION: VALIDADO POR RNEC (ANI) ()

## MARIA CATALINA CIFUENTES GARCIA

FUENTE: RUV DECLARACIÓN: 2781951 DOCUMENTO: 37919487 ID PERSONA: 12630244  
 NACIMIENTO: 10/12/1944 GENERO: FEMENINO FUD/CASO: BK000102990 TIPO VÍCTIMA: DIRECTA  
 FECHA DECL: 20/09/2014 DEPTO. DECL: ANTIOQUIA (05) ETNIA: NINGUNA DISCAPACIDAD: NINGUNA  
 MUN. DECL: SAN CARLOS (05649)

## DESPLAZAMIENTO FORZADO

## MARIA CATALINA CIFUENTES GARCIA

FUENTE: SIRAV DECLARACIÓN: 251464 DOCUMENTO: 37919487 ID PERSONA: 1230575  
 NACIMIENTO: 10/12/1944 GENERO: FEMENINO FUD/CASO: 251464 TIPO VÍCTIMA: INDIRECTA  
 FECHA DECL: 18/08/2009 DEPTO. DECL: CALDAS (17) ETNIA: NO DEFINIDO DISCAPACIDAD: SIN INFORMACION  
 MUN. DECL: MANIZALEZ (17001)

## HOMICIDIO

ID SINIESTRO: 959164 FECHA SINIESTRO: 14/01/2003 TIPO DESPLAZAMIENTO: NO APLICA  
 RESPONSABLE: NO DEFINIDO (NO APLICA) ESTADO: INCLUIDO  
 DEPTO SINIESTRO: CALDAS (17) MUN. SINIESTRO: MARQUETALIA (17444)  
 FECHA VALORACIÓN: 25/02/2014

| ID                      | NOMBRES                         | DOCUMENTO | TIPO      | RELACION                                 | FECHA VALORACIÓN    | ESTADO   | TIPO V |
|-------------------------|---------------------------------|-----------|-----------|------------------------------------------|---------------------|----------|--------|
| PERSONA                 |                                 |           | DOCUMENTO |                                          |                     |          |        |
| <a href="#">1230575</a> | MARIA CATALINA CIFUENTES GARCIA | 37919487  | CC        | MADRE (Inc_Nov_VIV 1406337 El 17/9/2021) | 25/02/2014 12:00:00 | Incluido | INDIF  |
| <a href="#">388573</a>  | MARILUZ PEREZ CASTAÑO           | 24870315  | CC        | COMPAÑERA(O) PERMANENTE                  | 25/02/2014 12:00:00 | Incluido | INDIF  |
| <a href="#">807373</a>  | JOSE LEONEL CIFUENTES           | 98456576  | CC        | VICTIMA DIRECTA                          | 25/02/2014 12:00:00 | Incluido | DIRE   |

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANÍA

37576274

NÚMERO

CIFUENTES GARCIA

APELLIDO

INA LUZ

NOMBRES

INALUZ CIFUENTEZ

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-MAY-1980

BARRANCABERMEJA  
(SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.55

O+

F

ESTATURA

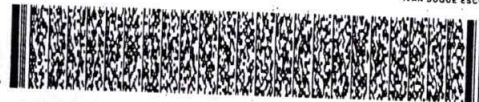
G.S. RH

SEXO

14-MAR-2001 BARRANCABERMEJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL  
IVAN DUQUE ESCOBAR



P-2701900-59093482-F-0037576274-20010725

0407701205A 01 118698786

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL

Número del Certificado de la Defunción

24092220686885

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

|                                                                                       |                                                                                           |                                  |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|----------------|
| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN                                                                 |                                                                                           |                                  |                |
| Departamento                                                                          | Municipio                                                                                 |                                  |                |
| ANTIOQUIA                                                                             | SAN CARLOS                                                                                |                                  |                |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN                                                       |                                                                                           |                                  |                |
| Área                                                                                  | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserio)                                      |                                  |                |
| Cabecera Municipal                                                                    |                                                                                           |                                  |                |
| TIPO DE DEFUNCIÓN                                                                     | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN                                                         | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |                |
| No fetal                                                                              | 2024-09-30                                                                                | 11:25:00                         |                |
| SEXO DEL FALLECIDO                                                                    | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO                                                              |                                  |                |
| Femenino                                                                              | Tipo de documento                                                                         |                                  |                |
|                                                                                       | Cédula de ciudadanía                                                                      | Número de documento              |                |
|                                                                                       |                                                                                           | 37919487                         |                |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) |                                                                                           |                                  |                |
| Primer apellido                                                                       | Segundo apellido                                                                          | Primer nombre                    | Segundo nombre |
| CIFUENTES                                                                             | GARCIA                                                                                    | MARIA                            | CATALINA       |
| PROBABLE MANERA DE MUERTE                                                             | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO |                                  |                |
| Natural                                                                               | Pertenencia étnica                                                                        |                                  |                |
|                                                                                       | Ninguno de los anteriores                                                                 |                                  |                |
|                                                                                       | ¿A cuál pueblo indígena pertenece?                                                        |                                  |                |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

|                                           |                     |                                               |                |
|-------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------|----------------|
| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR           |                     |                                               |                |
| Tipo de documento                         | Número de documento |                                               |                |
| Cédula de ciudadanía                      | 1094937877          |                                               |                |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR  |                     |                                               |                |
| Primer apellido                           | Segundo apellido    | Primer nombre                                 | Segundo nombre |
| BENAVIDES                                 | ESCOBAR             | JUAN                                          | PABLO          |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |                     | REGISTRO PROFESIONAL                          |                |
| Médico                                    |                     | 1094937877                                    |                |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO       |                     | Municipio                                     |                |
| Departamento                              |                     | SAN CARLOS                                    |                |
| ANTIOQUIA                                 |                     |                                               |                |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO       |                     | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN         |                |
| Año - Mes - Día                           |                     |                                               |                |
| 2024-09-30                                |                     | Juan Pablo Benavides Escobar<br>R# 1094937877 |                |

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 37.919.487

CIFUENTES GARCIA  
APELLIDOS

MARIA CATALINA  
NOMBRES



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 10-DIC-1944

PENSILVANIA  
(CALDAS)

LUGAR DE NACIMIENTO

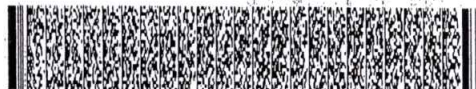
1.60 O+  
ESTATURA G.S. RH

F  
SEXO

16-SEP-1977 BARRANCABERMEJA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL  
ALVARADO RENDON LOPEZ



A-2701900-59136591-F-0037919487-20051108

02397053120 02 164340595

Vivanto



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS



GOBIERNO DE COLOMBIA

BIENVENIDO: ESTEFANIA HERNANDEZ MONTOYA



## CONSULTA INDIVIDUAL

VE VER A PANEL DE BUSQUEDA

## DATOS VIGENTES DE LA PERSONA

ID: 24782952 NOMBRE: FABIO ALBERTO OSORIO DAZA  
DOCUMENTO: 723200 TIPO: CEDULA DE CIUDADANIA / CONTRASEÑA GENERO:  
ETNIA: NINGUNO FUENTE VALIDACION: VALIDADO POR RNEC (ANI) ()

## FABIO ALBERTO OSORIO DAZA

FUENTE: SIPOD DECLARACIÓN: 487350 DOCUMENTO: 723200 ID PERSONA: 2466649  
NACIMIENTO: 30/10/1931 GENERO: MASCULINO FUD/CASO: 487350 TIPO VÍCTIMA: DIRECTA  
FECHA DECL: 16/11/2006 DEPTO. DECL: ANTIOQUIA (05) ETNIA: NO RESPONDE DISCAPACIDAD: NINGUNA  
MUN. DECL: MEDELLÍN (05001)

## DESPLAZAMIENTO POR FUERZA

ID SINIESTRO: 0 FECHA SINIESTRO: 01/11/2006 TIPO DESPLAZAMIENTO: INDIVIDUAL  
RESPONSABLE: SIN INFORMACIÓN (CONFLICTO ARMADO) ESTADO: INCLUIDO  
DEPTO SINIESTRO: ANTIOQUIA (05) MUN. SINIESTRO: SAN CARLOS (05649)  
FECHA VALORACIÓN: 01/12/2006

| ID PERSONA | NOMBRE                    | DOCUMENTO | TIPO DOCUMENTO | RELACION                               | FECHA VALORACIÓN | ESTADO   | TIPO VÍCTIMA |
|------------|---------------------------|-----------|----------------|----------------------------------------|------------------|----------|--------------|
| 2466649    | FABIO ALBERTO OSORIO DAZA | 723200    | CC             | Jefe(a) de hogar (Declarante) (Activo) | 01/12/2006       | Incluido | DIREC        |



La salud  
es de todos

Minsalud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

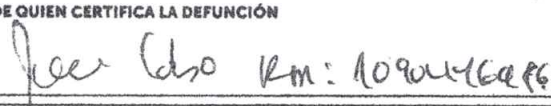
24093920664890

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

|                                                                                              |                                                                                                  |                                                       |                                         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>LUGAR DE LA DEFUNCIÓN</b>                                                                 |                                                                                                  |                                                       |                                         |
| Departamento                                                                                 |                                                                                                  | Municipio                                             |                                         |
| ANTIOQUIA                                                                                    |                                                                                                  | SAN CARLOS                                            |                                         |
| <b>ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN</b>                                                       |                                                                                                  |                                                       |                                         |
| Área                                                                                         |                                                                                                  | Centro Poblado: (Inspección, corregimiento o caserio) |                                         |
| Cabecera Municipal                                                                           |                                                                                                  |                                                       |                                         |
| <b>TIPO DE DEFUNCIÓN</b>                                                                     | <b>FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN</b>                                                         |                                                       | <b>HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN</b> |
| No fetal                                                                                     | 2024-09-04                                                                                       |                                                       | (Sin establecer)                        |
| <b>SEXO DEL FALLECIDO</b>                                                                    | <b>IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO</b>                                                              |                                                       | <b>Número de documento</b>              |
| Masculino                                                                                    | Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía                                                        |                                                       | 723200                                  |
| <b>APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD)</b> |                                                                                                  |                                                       |                                         |
| Primer apellido                                                                              | Segundo apellido                                                                                 | Primer nombre                                         | Segundo nombre                          |
| OSORIO                                                                                       | DAZA                                                                                             | FABIO                                                 | ALBERTO                                 |
| <b>PROBABLE MANERA DE MUERTE</b>                                                             | <b>DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO</b> |                                                       |                                         |
| Natural                                                                                      | Pertenencia étnica<br>Ninguno de los anteriores                                                  |                                                       |                                         |
| ¿A cuál pueblo indígena pertenece?                                                           |                                                                                                  |                                                       |                                         |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

|                                                  |                  |                                                                                      |                |
|--------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <b>IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR</b>           |                  | <b>Número de documento</b>                                                           |                |
| Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía        |                  | 1090446986                                                                           |                |
| <b>APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR</b>  |                  |                                                                                      |                |
| Primer apellido                                  | Segundo apellido | Primer nombre                                                                        | Segundo nombre |
| LOBO                                             | LOZADA           | JESSICA                                                                              | EDELMIRA       |
| <b>PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN</b> |                  | <b>REGISTRO PROFESIONAL</b>                                                          |                |
| Médico                                           |                  | 1090446986                                                                           |                |
| <b>LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO</b>       |                  | <b>Municipio</b>                                                                     |                |
| Departamento<br>ANTIOQUIA                        |                  | SAN CARLOS                                                                           |                |
| <b>FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO</b>       |                  | <b>FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN</b>                                         |                |
| Año - Mes - Día<br>2024-09-04                    |                  |  |                |

C mayor

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **723.200**  
**OSORIO DAZA**

APELLIDOS  
**FABIO ALBERTO**

NOMBRES

**NO FIRMA**

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **30-OCT-1931**

**SAN ROQUE**  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62**

ESTATURA

**A+**

G.S. RH

**M**

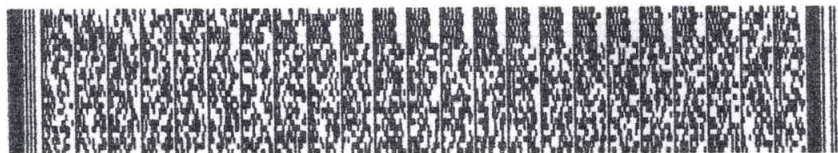
SEXO

**18-NOV-1956 SAN CARLOS**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*Carlos Ariel Sánchez Torres*

REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-3110600-00384373-M-0000723200-20120626

0030299983H 1

3011893325

Vivanto



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS



GOBIERNO DE COLOMBIA

BIENVENIDO: ESTEFANIA HERNANDEZ MONTOYA



## CONSULTA INDIVIDUAL

[VOLVER A PANEL DE BÚSQUEDA](#)

## DATOS VIGENTES DE LA PERSONA

|            |            |                    |                                   |         |  |
|------------|------------|--------------------|-----------------------------------|---------|--|
| ID:        | 15936602   | NOMBRE:            | CARMEN EDIT ARIAS HOYOS           | GENERO: |  |
| DOCUMENTO: | 1064897903 | TIPO:              | CEDULA DE CIUDADANIA / CONTRASEÑA |         |  |
| ETNIA:     | NINGUNO    | FUENTE VALIDACION: | VALIDADO POR RNEC (ANI) ()        |         |  |

## CARMEN EDIT ARIAS HOYOS

|             |            |              |                    |            |                    |               |                    |
|-------------|------------|--------------|--------------------|------------|--------------------|---------------|--------------------|
| FUENTE:     | SIV        | DECLARACIÓN: | 63460              | DOCUMENTO: | 1064897903         | ID PERSONA:   | 273676             |
| NACIMIENTO: | 12/04/1976 | GENERO:      | FEMENINO           | FUD/CASO:  | 2865-2007          | TIPO VÍCTIMA: | INDIRECTA (DESTIN) |
| FECHA DECL: | 26/10/2007 | DEPTO. DECL: | NIVEL NACIONAL (0) | ETNIA:     | MESTIZO            | DISCAPACIDAD: | SIN INFORMACION    |
|             |            |              |                    | MUN. DECL: | NIVEL NACIONAL (0) |               |                    |

## HOMICIDIO

## CARMEN EDIT ARIAS HOYOS

|             |            |              |              |            |                  |               |                 |
|-------------|------------|--------------|--------------|------------|------------------|---------------|-----------------|
| FUENTE:     | SIRAV      | DECLARACIÓN: | 226367       | DOCUMENTO: | 1064897903       | ID PERSONA:   | 354858          |
| NACIMIENTO: | 12/04/1976 | GENERO:      | FEMENINO     | FUD/CASO:  | 226367           | TIPO VÍCTIMA: | INDIRECTA       |
| FECHA DECL: | 20/05/2009 | DEPTO. DECL: | CORDOBA (23) | ETNIA:     | NO DEFINIDO      | DISCAPACIDAD: | SIN INFORMACION |
|             |            |              |              | MUN. DECL: | MONTERIA (23001) |               |                 |

## HOMICIDIO

|                   |                         |                  |                |                      |           |
|-------------------|-------------------------|------------------|----------------|----------------------|-----------|
| ID SINIESTRO:     | 1388167                 | FECHA SINIESTRO: | 07/03/2007     | TIPO DESPLAZAMIENTO: | NO APLICA |
| RESPONSABLE:      | NO DEFINIDO (NO APLICA) | ESTADO:          | INCLUIDO       |                      |           |
| DEPTO SINIESTRO:  | CORDOBA (23)            | MUN. SINIESTRO:  | AYAPEL (23068) |                      |           |
| FECHA VALORACIÓN: | 14/01/2014              |                  |                |                      |           |

| ID PERSONA | NOMBRES                         | DOCUMENTO  | TIPO DOCUMENTO | RELACION                | FECHA VALORACIÓN    | ESTADO   | TIPO VÍCT |
|------------|---------------------------------|------------|----------------|-------------------------|---------------------|----------|-----------|
| 354858     | CARMEN EDIT ARIAS HOYOS         | 1064897903 | CC             | COMPAÑERA(O) PERMANENTE | 14/01/2014 12:00:00 | Incluido | INDIRECT  |
| 791980     | FRANCISCO TOMAS VERGARA JIMENEZ | 78109372   | CC             | VICTIMA DIRECTA         | 14/01/2014 12:00:00 | Incluido | DIRECT    |

[VOLVER A PANEL DE BÚSQUEDA](#)



**Personería Municipal**  
San Carlos - Antioquia

San Carlos, Antioquia, 14 de septiembre de 2024

Doctor  
**DANIEL ORREGO TAMAYO**  
Secretario de Gobierno  
San Carlos- Antioquia



**PERSONERÍA**  
Municipal de San Carlos, Ant.  
Derechos con Sentido

00000250

**CORRESPONDENCIA ENVIADA**

**Asunto:** Solicitud de apoyo para cubrir gastos funerarios de quien en vida fue CARMEN EDIT ARIAS HOYOS, CC 1.064.897.903.

Respetado señor Secretario Orrego:

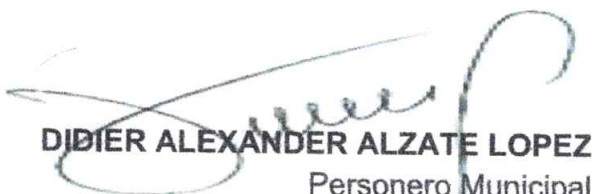
El día de hoy sábado 14 de septiembre del 2024, falleció la señora CARMEN EDIT ARIAS HOYOS, identificada con cédula de ciudadanía N° 1.064.897.903. A pesar de que ella no se encontraba dentro de la base de datos del Sisbén en el municipio, la misma residió durante los últimos 4 años en la vereda La Esperanza, tal como lo certifica la Presidenta de la Junta de Acción Comunal.

Hoy su familia se ha acercado a mí despacho, como delegado de la defensoría del pueblo, dado que no posee los medios económicos para sufragar los gastos funerarios, por lo que, en aras a garantizar los derechos de aquellos, le solicito respetuosamente la posibilidad de brindar apoyo en esta situación tal calamitosa.

Como contacto para dichas gestiones estará atenta la señora María del Rosario Herrera Colorado, Presidenta de la JAC La Esperanza.

La Personería Municipal estará presta a acompañar todo este proceso.

Cordialmente,

  
**DIDIER ALEXANDER ALZATE LOPEZ**  
Personero Municipal

- Personería Municipal  
Sede Administrativa  
San Carlos - Antioquia
- Dirección  
Calle 14 # 15-71
- Línea Telefónica  
310 243 7873 - 310 443 9537

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
DEPARTAMENTO DE ANTIOQUIA  
INSPECCIÓN MUNICIPAL DE POLICÍA Y TRÁNSITO  
MUNICIPIO DE SAN CARLOS  
CALLE 19 No. 18-71- 8358090 EXT: 139

**DECLARACIÓN DE RESIDENCIA DE LA SEÑORA CARMEN EDIT ARIAS HOYOS**

En la fecha 14 de septiembre de 2024, siendo las 01:19 p.m., se presenta ante este Despacho la señora **MARIA DEL ROSARIO HERRERA COLORADO**, identificada con Cedula de Ciudadanía No. 43.477.722 (presidenta de la J.A.C vereda la Esperanza), Con el fin de rendir declaración de residencia de la señora **CARMEN EDIT ARIAS HOYOS** quien en vida se identificaba con cedula de ciudadanía N° 1.064.897.903 de Ayapel, Córdoba, nacida el 12 de abril de 1976 en Ayapel, Córdoba, residente en el municipio de San Carlos (Antioquia), en la vereda la esperanza. al efecto la suscrita Inspectora Municipal de Policía y Tránsito, le amonesta de conformidad con el contenido del art. 389 del C. P. P. le da lectura a los artículos 435 y 442 del C. penal y le toma el juramento de rigor. **MANIFIESTA:** **MARIA DEL ROSARIO HERRERA COLORADO** presidenta de la J.A.C vereda la Esperanza declara bajo la gravedad de juramento ante la señora Inspectora Municipal de Policía y Tránsito que la señora **CARMEN EDIT ARIAS HOYOS** residía en el municipio de San Carlos vereda la esperanza hace aproximadamente 4 años. **PREGUNTANDO:** ¿Tiene algo más que agregar, enmendar, corregir o suprimir a la presente diligencia? **CONTESTO:** No.

Cabe decir que la presente se expide a solicitud de la señora **MARIA DEL ROSARIO HERRERA COLORADO** en calidad de presidenta de la J.A.C de la vereda la Esperanza toda vez que se requiere para trámites exequiales. No siendo otro el objeto de la presente, se termina, se lee y se firma tal como aparece

Rosario Herrera  
**MARIA DEL ROSARIO HERRERA COLORADO**  
C.C. 43.477.722  
Presidenta de la J.A.C vereda la Esperanza

  
  
**KAREN MORALES BUITRAGO**  
Inspectora Municipal de Policía y Tránsito

San Carlos, Antioquia, 14 de septiembre de 2024



PERSONERO  
Municipal de San Carlos  
Antioquia

00000325

Señor:

**DIDIER ALEXANDER ALZATE**

Personero Municipal

CORRESPONDENCIA RECIBIDA

**Asunto:** Solicitud de apoyo fúnebre.

Cordial saludo,

Yo, María del Rosario Herrera Colorado, identificada con cédula de ciudadanía número 43.477.722, en mi calidad de presidenta de la Junta de Acción Comunal de la vereda La Esperanza, certifico por la presente que la señora Carmen Edit Arias Hoyos, identificada con cédula de ciudadanía número 1.064.897.903, quien falleció el 14 de septiembre de 2024, residió en el municipio de San Carlos, Antioquia, específicamente en la vereda La Esperanza, durante aproximadamente cuatro años.

A solicitud de la comunidad, se requiere apoyo fúnebre para ofrecerle a la señora Arias Hoyos una despedida digna.

Cordialmente,

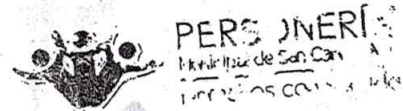
Rosario Herrera

**MARIA DEL ROSARIO HERRERA COLORADO**

Presidenta Junta de Acción Comunal

Vereda La Esperanza

San Carlos, Antioquia, 14 de septiembre de 2024



00000324

Señor:

**DIDIER ALEXANDER ALZATE**

Personero Municipal

**CORRESPONDENCIA RECIBIDA**

**Asunto:** Certificación de residencia en el Municipio de San Carlos, Antioquia.

Cordial saludo,

Yo, María del Rosario Herrera Colorado, identificada con cédula de ciudadanía número 43.477.722, actual presidenta de la Junta de Acción Comunal de la vereda La Esperanza, certifico por la presente que la señora Carmen Edit Arias Hoyos, identificada con cédula de ciudadanía número 1.064.897.903, ha sido residente en el municipio de San Carlos, Antioquia, específicamente en la vereda La Esperanza, durante aproximadamente cuatro años.

Cordialmente,

Rosario Herrera

**MARIA DEL ROSARIO HERRERA COLORADO**

Presidenta Junta de Acción Comunal

Vereda La Esperanza

con  
for  
Ca  
7.903  
ni

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.124.011.353  
CARRANZA VENTA

APELLIDOS  
EDITH DEL CARMEN

NOMBRES  
Edith Carranza

REPÚBLICA DE COLOMBIA



FECHA DE NACIMIENTO 31-OCT-1988  
AYAPEL  
(CORDOBA)  
LUGAR DE NACIMIENTO  
1.57 O+  
ESTATURA G.S. RH  
09-NOV-2008 MAICAO  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

SEXO F

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER JESUS ROCHA

INDICE DERECHO



A-0115100-01374468-F-1124011353-20230817 0136269739A 9924781546  
LUGAR CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.064.897.903

ARIAS HOYOS

APellidos  
CARMEN EDIT

NOMBRES

REPUBLICA DE COLOMBIA

19



FECHA DE NACIMIENTO 12-ABR-1976

AYAPEL  
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.56 O+ F  
ESTATURA G.S. RH SEXO

07-DIC-2008 AYAPEL  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS SALMENDO YACHA

INDICE DERECHO



A-0115100-00823060-F-1064897903-20170719 0068480685A3 2234478249

ESTADO CIVIL



CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN  
ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CÍVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24096820673724

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

| I. INFORMACIÓN GENERAL                                                                |                                                                                           |                                  |                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------|
| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN                                                                 |                                                                                           |                                  |                     |
| Departamento                                                                          | Municipio                                                                                 |                                  |                     |
| ANTIOQUIA                                                                             | SAN CARLOS                                                                                |                                  |                     |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN                                                       |                                                                                           |                                  |                     |
| Área                                                                                  | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserío)                                      |                                  |                     |
| Cabecera Municipal                                                                    |                                                                                           |                                  |                     |
| TIPO DE DEFUNCIÓN                                                                     | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN                                                         | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN |                     |
| No fetal                                                                              | 2024-09-14                                                                                | (Sin establecer)                 |                     |
| SEXO DEL FALLECIDO                                                                    | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO                                                              |                                  | Número de documento |
| Femenino                                                                              | Tipo de documento<br>Cédula de ciudadanía                                                 |                                  | 1064897903          |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) |                                                                                           |                                  |                     |
| Primer apellido                                                                       | Segundo apellido                                                                          | Primer nombre                    | Segundo nombre      |
| ARIAS                                                                                 | HOYOS                                                                                     | CARMEN                           | EDIT                |
| PROBABLE MANERA DE MUERTE                                                             | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO |                                  |                     |
| Natural                                                                               | Pertenencia étnica<br>Ninguno de los anteriores                                           |                                  |                     |
| ¿A cuál pueblo indígena pertenece?                                                    |                                                                                           |                                  |                     |

| II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |                  |                                                                |                |
|-------------------------------------------|------------------|----------------------------------------------------------------|----------------|
| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR           |                  |                                                                |                |
| Tipo de documento                         |                  | Número de documento                                            |                |
| Cédula de ciudadanía                      |                  | 1036424516                                                     |                |
| APELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR  |                  |                                                                |                |
| Primer apellido                           | Segundo apellido | Primer nombre                                                  | Segundo nombre |
| RAMIREZ                                   | SOTO             | FABIAN                                                         | ALBERTO        |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |                  | REGISTRO PROFESIONAL                                           |                |
| Médico                                    |                  | 1036424516                                                     |                |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO       |                  | Municipio                                                      |                |
| Departamento                              |                  | SAN CARLOS                                                     |                |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO       |                  | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN                          |                |
| Año - Mes - Día                           |                  | FABIÁN A. RAMÍREZ SOTO<br>MÉDICO GENERAL CUR<br>RM: 1036424516 |                |
| 2024-09-14                                |                  | Fabian Ramirez                                                 |                |

Vivanto



UNIDAD PARA LAS VÍCTIMAS



GOBIERNO DE COLOMBIA

BIENVENIDO: ESTEFANIA HERNANDEZ MONTOYA



## CONSULTA INDIVIDUAL

[VOLVER A PANEL DE BUSQUEDA](#)

## DATOS VIGENTES DE LA PERSONA

|            |            |                    |                                   |         |  |
|------------|------------|--------------------|-----------------------------------|---------|--|
| ID:        | 29740465   | NOMBRE:            | DIEGO CIRO FRANCO                 | GENERO: |  |
| DOCUMENTO: | 1129624146 | TIPO:              | CEDULA DE CIUDADANIA / CONTRASEÑA |         |  |
| ETNIA:     | NINGUNO    | FUENTE VALIDACION: | VALIDADO POR RNEC (SIRC) ()       |         |  |

## DIEGO CIRO FRANCO

|             |            |              |                |            |                    |               |         |
|-------------|------------|--------------|----------------|------------|--------------------|---------------|---------|
| FUENTE:     | SIPOD      | DECLARACIÓN: | 1143212        | DOCUMENTO: | 1129624146         | ID PERSONA:   | 5213382 |
| NACIMIENTO: | 14/12/2003 | GENERO:      | MASCULINO      | FUD/CASO:  | 1143212            | TIPO VÍCTIMA: | DIRECTA |
| FECHA DECL: | 30/04/2011 | DEPTO. DECL: | ANTIOQUIA (05) | ETNIA:     | NO RESPONDE        | DISCAPACIDAD: | NINGUNA |
|             |            |              |                | MUN. DECL: | SAN CARLOS (05649) |               |         |

## DESPLAZAMIENTO POR FAMILIA

|                   |                                        |                  |                    |                      |            |
|-------------------|----------------------------------------|------------------|--------------------|----------------------|------------|
| ID SINIESTRO:     | 0                                      | FECHA SINIESTRO: | 01/05/2000         | TIPO DESPLAZAMIENTO: | INDIVIDUAL |
| RESPONSABLE:      | GRUPOS GUERRILLEROS (CONFLICTO ARMADO) | ESTADO:          | INCLUIDO           |                      |            |
| DEPTO SINIESTRO:  | ANTIOQUIA (05)                         | MUN. SINIESTRO:  | SAN CARLOS (05649) |                      |            |
| FECHA VALORACIÓN: | 23/05/2011                             |                  |                    |                      |            |

| ID PERSONA              | NOMBRE                     | DOCUMENTO  | TIPO DOCUMENTO | RELACION                               | F. VALORACIÓN | ESTADO   | TIPO VÍCT |
|-------------------------|----------------------------|------------|----------------|----------------------------------------|---------------|----------|-----------|
| <a href="#">5213376</a> | LUZ NOHELIA CIRO FRANCO    | 21854801   | CC             | Jefe(a) de hogar (Declarante) (Activo) | 23/05/2011    | Incluido | DIRET     |
| <a href="#">5213386</a> | KEVIN ALBERTO GIRALDO CIRO | 1036131759 | TI             | Hijo(a)/Hijastro(a) (Activo)           | 23/05/2011    | Incluido | DIRET     |
| <a href="#">5213385</a> | SANDY LUJANIA GIRALDO CIRO | 1036130866 | CC             | Hijo(a)/Hijastro(a) (Activo)           | 23/05/2011    | Incluido | DIRET     |
| <a href="#">5213382</a> | DIEGO CIRO FRANCO          | 1129624146 | CC             | Hijo(a)/Hijastro(a) (Activo)           | 23/05/2011    | Incluido | DIRET     |
| <a href="#">5213380</a> | DEISY TATIANA MORENO CIRO  | 1007512113 | CC             | Hijo(a)/Hijastro(a) (Activo)           | 23/05/2011    | Incluido | DIRET     |

[VOLVER A PANEL DE BUSQUEDA](#)

Registro válido

Fecha de consulta:

19/09/2024

Ficha:

05649005564000000126

A5

Pobreza extrema

DATOS PERSONALES

Nombres: DIEGO

Apellidos: CIRO FRANCO

Tipo de documento: Cédula de ciudadanía

Número de documento: 1129624146

Municipio: San Carlos

Departamento: Antioquia

INFORMACIÓN ADMINISTRATIVA

Encuesta vigente:

28/10/2020

Última actualización ciudadano:

12/07/2023

Última actualización via registros administrativos:

<sup>4</sup>Si encuentra alguna inconsistencia o desea actualizar su información por favor acérquese a la oficina del Sisbén del municipio donde reside actualmente

**Contacto Oficina SISBEN**

Nombre administrador:

CONRADO DE JESUS ARIAS

Dirección:

Calle 19 No 18 - 71

Teléfono:

8358090 Extensión 112

Correo Electrónico:

sisben@sancarlos-antioquia.gov.co

**Grupo familiar - Ficha:**  
**05649005564000000126**

**Departamento: ANTIOQUIA**  
**Municipio: SAN CARLOS**

| Hogar: | Tipo Documento:      | Documento: | Primer Apellido: | Segundo Apellido: | Primer Nombre: | Segundo Nombre: | Grupo Sisbén IV: | Estado          |
|--------|----------------------|------------|------------------|-------------------|----------------|-----------------|------------------|-----------------|
| 1      | Cédula de ciudadanía | 21854801   | CIRO             | FRANCO            | LUZ            | NOHELIA         | A05              | Registro válido |
| 1      | Cédula de ciudadanía | 70166957   | RUIZ             | CIRO              | JOHN           | ALBERTO         | A05              | Registro válido |
| 1      | Cédula de ciudadanía | 1129624146 | CIRO             | FRANCO            | DIEGO          |                 | A05              | Registro válido |
| 1      | Tarjeta de identidad | 1036130866 | GIRALDO          | CIRO              | SANDY          | LUJANIA         | A05              | Registro válido |
| 1      | Tarjeta de identidad | 1036131759 | GIRALDO          | CIRO              | KEVIN          | ALBERTO         | A05              | Registro válido |
| 1      | Registro civil       | 1037950634 | CIRO             | GIRALDO           | MATEO          |                 | A05              | Registro válido |

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.037.947.964

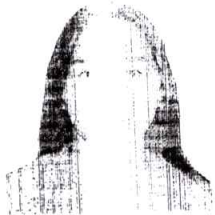
HINCAPIE OSPINA

APELLIDOS

NADIA GIRLESA

NOMBRES

*Nadia Girlesa H.O.*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 05-SEP-1992

SAN CARLOS  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.54

O+

F

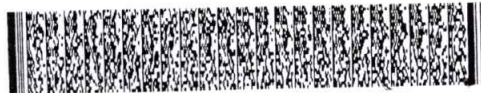
ESTATURA

G.S. RH

SEXO

06-SEP-2010 SAN CARLOS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION, *Carlos Ariel Sánchez Torres*  
REGISTRADOR NACIONAL  
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-0122600-00286287-F-1037947964-20110326

0026363797A 1

34579172



La salud  
es de todos

Minsalud

# CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN ANTECEDENTE PARA EL REGISTRO CIVIL



NÚMERO DEL CERTIFICADO DE LA DEFUNCIÓN

24092620678536

La información consignada en este certificado, se encuentra protegida por el derecho fundamental de Habeas Data de la Constitución Política Nacional y amparada en la Ley 1581 de 2012. Por lo tanto su uso debe hacerse en cumplimiento de la garantía de dicho derecho y para los fines estrictamente autorizados.

## I. INFORMACIÓN GENERAL

|                                                                                        |  |                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| LUGAR DE LA DEFUNCIÓN                                                                  |  |                                                                                           |  |
| Departamento                                                                           |  | Municipio                                                                                 |  |
| ANTIOQUIA                                                                              |  | SAN LUIS                                                                                  |  |
| ÁREA DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN                                                        |  |                                                                                           |  |
| Área                                                                                   |  | Centro Poblado:(Inspección, corregimiento o caserio)                                      |  |
| Cabecera Municipal                                                                     |  |                                                                                           |  |
| TIPO DE DEFUNCIÓN                                                                      |  | FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN                                                         |  |
| No fetal                                                                               |  | 2024-09-19                                                                                |  |
|                                                                                        |  | HORA EN QUE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN                                                          |  |
|                                                                                        |  | (Sin establecer)                                                                          |  |
| SEXO DEL FALLECIDO                                                                     |  | IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO                                                              |  |
| Masculino                                                                              |  | Tipo de documento                                                                         |  |
|                                                                                        |  | Cédula de ciudadanía                                                                      |  |
|                                                                                        |  | Número de documento                                                                       |  |
|                                                                                        |  | 1129624146                                                                                |  |
| APPELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL FALLECIDO (TAL COMO FIGURAN EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD) |  |                                                                                           |  |
| Primer apellido                                                                        |  | Segundo apellido                                                                          |  |
| CIRO                                                                                   |  | FRANCO                                                                                    |  |
|                                                                                        |  | Primer nombre                                                                             |  |
|                                                                                        |  | DIEGO                                                                                     |  |
|                                                                                        |  | Segundo nombre                                                                            |  |
|                                                                                        |  |                                                                                           |  |
| PROBABLE MANERA DE MUERTE                                                              |  | DE ACUERDO CON LA CULTURA, PUEBLOS O RASGOS FÍSICOS, EL FALLECIDO ERA O SE RECONOCIA COMO |  |
| No natural                                                                             |  | Pertinencia étnica                                                                        |  |
|                                                                                        |  | Ninguno de los anteriores                                                                 |  |
|                                                                                        |  | ¿A cuál pueblo indígena pertenece?                                                        |  |
|                                                                                        |  |                                                                                           |  |

## II. DATOS DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

|                                           |  |                                          |  |
|-------------------------------------------|--|------------------------------------------|--|
| IDENTIFICACIÓN DEL CERTIFICADOR           |  | Número de documento                      |  |
| Tipo de documento                         |  | 615958                                   |  |
| Cédula de extranjería                     |  |                                          |  |
| APPELLIDO(S) Y NOMBRE(S) DEL CERTIFICADOR |  |                                          |  |
| Primer apellido                           |  | Segundo apellido                         |  |
| CRUZ                                      |  | CASTAÑEDA                                |  |
|                                           |  | Primer nombre                            |  |
|                                           |  | ALFREDO                                  |  |
|                                           |  | Segundo nombre                           |  |
|                                           |  |                                          |  |
| PROFESIÓN DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN |  | REGISTRO PROFESIONAL                     |  |
| Médico                                    |  | 615958                                   |  |
| LUGAR DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO       |  | Municipio                                |  |
| Departamento                              |  | SAN LUIS                                 |  |
| ANTIOQUIA                                 |  |                                          |  |
| FECHA DE EXPEDICIÓN DEL CERTIFICADO       |  | FIRMA DE QUIEN CERTIFICA LA DEFUNCIÓN    |  |
| Año - Mes - Día                           |  | R.M. No. M21001175                       |  |
| 2024-09-20                                |  | Código verificación: E49B-0B36-8A85-18A1 |  |

REGISTRO ÚNICO DE AFILIADOS - Nacimientos y Defunciones

Fecha de impresión: 2024-09-20 09:35

REPÚBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACIÓN PERSONAL  
~~RECORDE DE CIUDADANÍA~~

NÚMERO 1.129.624.146

CIRO FRANCO

APELLIDOS

DIEGO

NOMBRES

diego ciro franco



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 14-DIC-2003

PUERTO NARE  
(ANTIOQUIA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.66

ESTATURA

A+

G.S. RH

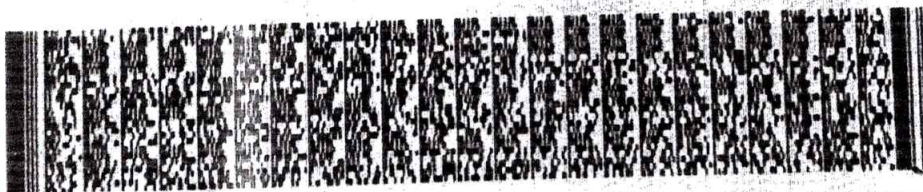
M

SEXO

14-DIC-2021 SAN CARLOS

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL  
ALEXANDER VEGA ROCHA



P-0122600-01283390-M-1129624146-20220301

0078399116G 1

54749363

# *Funeraria San Carlos*

*Nit.32.472.170-5*

**LA SUSCRITA REPRESENTANTE LEGAL  
FUNERARIA SAN CARLOS  
NIT:32.472.170-5**

En mi calidad de representante legal de la **FUNERARIA SAN CARLOS NIT: 32.472.170-5, MARIA ANGELICA POSADA ARISTIZABAL** identificada con cédula de ciudadanía número **32.472.170** de Medellín, Antioquia.

## **CERTIFICO**

Que la empresa FUNERARIA SAN CARLOS durante los últimos 6 meses, se encuentra a PAZ Y SALVO por concepto de aportes al sistema de seguridad social en salud, pensiones, ARL y parafiscales.

Se expide este certificado en San Carlos, Antioquia a los 16 días de octubre de 2024.

  
**MARIA ANGELICA POSADA ARISTIZABAL**  
Representante Legal

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

|                                                                           |                               |                               |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 32472170                      |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                               | FUNERARIA SAN CARLOS          |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | SAN CARLOS DEPARTAMENTO:      | ANTIOQUIA                     |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 21 # 18-98 TELÉFONO:    | 8358722                       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: | B-MENOS DE 200 COTIZANTES     |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:  | Pompas fúnebres y actividades |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                         |                               |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               | SI                            |

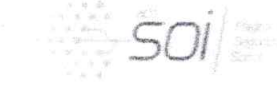
**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

|                          |                   |                      |             |
|--------------------------|-------------------|----------------------|-------------|
| NÚMERO PLANILLA:         | <b>4558520039</b> | TIPO DE PLANILLA:    | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN:      | MES: julio        | PERIODO COTIZACIÓN:  | MES: agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS:       | AÑO: 2024         | SALUD:               | AÑO: 2024   |
| DÍAS DE MORA:            | 0                 |                      |             |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/08/01        | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9999505824  |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

|                              |        |                                         | TOTALES    |                   |
|------------------------------|--------|-----------------------------------------|------------|-------------------|
|                              |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO      |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |                                         |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |                   |
| 900336004                    | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                      | 1          | \$ 208.000        |
| 800224808                    | 230301 | 230301-PORVENIR                         | 1          | \$ 208.000        |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | <b>2</b>   | <b>\$ 416.000</b> |
| <b>SALUD</b>                 |        |                                         |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |                   |
| 900156264                    | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS                        | 2          | \$ 104.000        |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | <b>2</b>   | <b>\$ 104.000</b> |
| <b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>  |        |                                         |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |                   |
| 890900841                    | CCF04  | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA                  | 2          | \$ 104.000        |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | <b>2</b>   | <b>\$ 104.000</b> |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |                                         |            |                   |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |                   |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |                   |
| 860011153                    | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 2          | \$ 70.200         |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | <b>2</b>   | <b>\$ 70.200</b>  |

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 694.200</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>       |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 694.200</b> |



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO



| DATOS GENERALES DEL APORTANTE                                             |                               |  |                               |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--|-------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: |  | 32472170                      |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    |                               |  | FUNERARIA SAN CARLOS          |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | SAN CARLOS DEPARTAMENTO:      |  | ANTIOQUIA                     |
| DIRECCIÓN:                                                                | CALLE 21 # 18-98 TELÉFONO:    |  | 8358722                       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: |  | B-MENOS DE 200 COTIZANTES     |
| TIPO EMPRESA:                                                             | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:  |  | Pompas fúnebres y actividades |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    | ÚNICO                         |  |                               |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               |  | SI                            |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA |  |             |  |                      |  |
|--------------------------------|--|-------------|--|----------------------|--|
| NÚMERO PLANILLA:               |  | 4562977140  |  | TIPO DE PLANILLA:    |  |
| PERIODO COTIZACIÓN             |  | MES: agosto |  | PERIODO COTIZACIÓN   |  |
| OTROS SUBSISTEMAS:             |  | AÑO: 2024   |  | SALUD:               |  |
| DÍAS DE MORA:                  |  | 0           |  |                      |  |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):       |  | 2024/09/03  |  | NÚMERO AUTORIZACIÓN: |  |
|                                |  |             |  | E-EMPLEADOS          |  |
|                                |  |             |  | MES: septiembre      |  |
|                                |  |             |  | AÑO: 2024            |  |
|                                |  |             |  | 9999870552           |  |

| LIQUIDACIÓN GENERAL   |        |                                         |            |              |
|-----------------------|--------|-----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                         | TOTALES    |              |
|                       |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 900336004             | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                      | 1          | \$ 208.000   |
| 800224808             | 230301 | 230301-PORVENIR                         | 1          | \$ 208.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 2          | \$ 416.000   |
| SALUD                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 900156264             | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS                        | 2          | \$ 104.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 2          | \$ 104.000   |
| CAJA DE COMPENSACIÓN  |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 890900841             | CCF04  | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA                  | 2          | \$ 104.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 2          | \$ 104.000   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 860011153             | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. | 2          | \$ 70.200    |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 2          | \$ 70.200    |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 694.200 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 694.200 |



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES  
COMPROBANTE DE PAGO



DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN: NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 32472170  
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: FUNERARIA SAN CARLOS  
CIUDAD/MUNICIPIO: SAN CARLOS DEPARTAMENTO: ANTIOQUIA  
DIRECCIÓN: CALLE 21 # 18-98 TELÉFONO: 8358722  
TIPO APORTANTE: 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: B-MENOS DE 200 COTIZANTES  
TIPO EMPRESA: PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Pompas fúnebres y actividades  
FORMA DE PRESENTACIÓN: ÚNICO  
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): SI

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA: 4567781252 TIPO DE PLANILLA: E-EMPLEADOS  
PERIODO COTIZACIÓN: MES: septiembre PERIODO COTIZACIÓN: MES: octubre  
OTROS SUBSISTEMAS: AÑO: 2024 SALUD: AÑO: 2024  
DÍAS DE MORA: 0  
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): 2024/10/02 NÚMERO AUTORIZACIÓN: 9990186100

LIQUIDACIÓN GENERAL

|                       |        |                                         | TOTALES    |              |
|-----------------------|--------|-----------------------------------------|------------|--------------|
|                       |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| PENSIÓN               |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 900336004             | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                      | 1          | \$ 208.000   |
| 800224808             | 230301 | 230301-PORVENIR                         | 1          | \$ 208.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 2          | \$ 416.000   |
| SALUD                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 900156264             | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS                        | 2          | \$ 104.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 2          | \$ 104.000   |
| CAJA DE COMPENSACIÓN  |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 890900841             | CCF04  | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA                  | 2          | \$ 104.000   |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 2          | \$ 104.000   |
| RIESGOS PROFESIONALES |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA        |        |                                         |            |              |
| NIT                   | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 860011153             | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 2          | \$ 70.200    |
| SUBTOTAL:             |        |                                         | 2          | \$ 70.200    |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 694.200 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 694.200 |

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

|                                                                           |                               |                               |
|---------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| TIPO IDENTIFICACIÓN:                                                      | NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 32472170                      |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:                                                    | SAN CARLOS DEPARTAMENTO:      | FUNERARIA SAN CARLOS          |
| CIUDAD/MUNICIPIO:                                                         | CALLE 21 # 18-98 TELÉFONO:    | ANTIOQUIA                     |
| DIRECCIÓN:                                                                | 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: | 8358722                       |
| TIPO APORTANTE:                                                           | PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:  | B-MENOS DE 200 COTIZANTES     |
| TIPO EMPRESA:                                                             | ÚNICO                         | Pompas fúnebres y actividades |
| FORMA DE PRESENTACIÓN:                                                    |                               |                               |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): |                               | SI                            |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

|                          |            |                      |             |
|--------------------------|------------|----------------------|-------------|
| NÚMERO PLANILLA:         | 4558520039 | TIPO DE PLANILLA:    | E-EMPLEADOS |
| PERIODO COTIZACIÓN:      | MES: julio | PERIODO COTIZACIÓN:  | MES: agosto |
| OTROS SUBSISTEMAS:       | AÑO: 2024  | SALUD:               | AÑO: 2024   |
| DÍAS DE MORA:            | 0          |                      |             |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2024/08/01 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9999505824  |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

|                              |        |                                         | TOTALES    |              |
|------------------------------|--------|-----------------------------------------|------------|--------------|
|                              |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 900336004                    | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                      | 1          | \$ 208.000   |
| 800224808                    | 230301 | 230301-PORVENIR                         | 1          | \$ 208.000   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 2          | \$ 416.000   |
| <b>SALUD</b>                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 900156264                    | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS                        | 2          | \$ 104.000   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 2          | \$ 104.000   |
| <b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>  |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 890900841                    | CCF04  | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA                  | 2          | \$ 104.000   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 2          | \$ 104.000   |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 860011153                    | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 2          | \$ 70.200    |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 2          | \$ 70.200    |

|                 |            |
|-----------------|------------|
| VALOR SIN MORA: | \$ 694.200 |
| VALOR MORA:     | \$ 0       |
| TOTAL PAGADO:   | \$ 694.200 |

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

**TIPO IDENTIFICACIÓN:** NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 32472170  
**NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:** FUNERARIA SAN CARLOS  
**CIUDAD/MUNICIPIO:** ANTIOQUIA  
**DIRECCIÓN:** SAN CARLOS DEPARTAMENTO: 8358722  
**TIPO APORTANTE:** CALLE 21 # 18-98 TELÉFONO:  
**TIPO EMPRESA:** 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: B-MENOS DE 200 COTIZANTES  
**FORMA DE PRESENTACIÓN:** PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA: Pompas fúnebres y actividades  
**APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):** ÚNICO SI

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

**NÚMERO PLANILLA:** 4562977140 **TIPO DE PLANILLA:** E-EMPLEADOS  
**PERIODO COTIZACIÓN:** MES: agosto **PERIODO COTIZACIÓN:** MES: septiembre  
**OTROS SUBSISTEMAS:** AÑO: 2024 **SALUD:** AÑO: 2024  
**DÍAS DE MORA:** 0  
**FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):** 2024/09/03 **NÚMERO AUTORIZACIÓN:** 9999870552

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| TOTALES    |              |
|------------|--------------|
| COTIZANTES | TOTAL PAGADO |

### PENSIÓN

#### ADMINISTRADORA

| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE             |   |            |
|------------------|--------|--------------------|---|------------|
| 900336004        | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES | 1 | \$ 208.000 |
| 800224808        | 230301 | 230301-PORVENIR    | 1 | \$ 208.000 |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                    | 2 | \$ 416.000 |

### SALUD

#### ADMINISTRADORA

| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE           |   |            |
|------------------|--------|------------------|---|------------|
| 900156264        | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 2 | \$ 104.000 |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                  | 2 | \$ 104.000 |

### CAJA DE COMPENSACIÓN

#### ADMINISTRADORA

| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE                 |   |            |
|------------------|--------|------------------------|---|------------|
| 890900841        | CCF04  | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA | 2 | \$ 104.000 |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                        | 2 | \$ 104.000 |

### RIESGOS PROFESIONALES

#### ADMINISTRADORA

| NIT              | CÓDIGO | NOMBRE                                  |   |           |
|------------------|--------|-----------------------------------------|---|-----------|
| 860011153        | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 2 | \$ 70.200 |
| <b>SUBTOTAL:</b> |        |                                         | 2 | \$ 70.200 |

|                        |            |
|------------------------|------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | \$ 694.200 |
| <b>VALOR MORA:</b>     | \$ 0       |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | \$ 694.200 |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES COMPROBANTE DE PAGO

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

**TIPO IDENTIFICACIÓN:** NIT NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: 32472170  
**NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:** FUNERARIA SAN CARLOS  
**CIUDAD/MUNICIPIO:** ANTIOQUIA  
**DIRECCIÓN:** SAN CARLOS DEPARTAMENTO: 8358722  
**TIPO APORTANTE:** CALLE 21 # 18-98 TELÉFONO: B-MENOS DE 200 COTIZANTES  
**TIPO EMPRESA:** 01-EMPLEADOR CLASE APORTANTE: Pompas fúnebres y actividades  
**FORMA DE PRESENTACIÓN:** PRIVADA ACTIVIDAD ECONOMICA:  
**APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):** ÚNICO SI

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

**NÚMERO PLANILLA:** 4567781252 **TIPO DE PLANILLA:** E-EMPLEADOS  
**PERIODO COTIZACIÓN:** MES: septiembre **PERIODO COTIZACIÓN:** MES: octubre  
**OTROS SUBSISTEMAS:** AÑO: 2024 **SALUD:** AÑO: 2024  
**DÍAS DE MORA:** 0  
**FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):** 2024/10/02 **NÚMERO AUTORIZACIÓN:** 9990186100

## LIQUIDACIÓN GENERAL

|                              |        |                                         | TOTALES    |              |
|------------------------------|--------|-----------------------------------------|------------|--------------|
|                              |        |                                         | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| <b>PENSIÓN</b>               |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 900336004                    | 25-14  | 25-14 COLPENSIONES                      | 1          | \$ 208.000   |
| 800224808                    | 230301 | 230301-PORVENIR                         | 1          | \$ 208.000   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 2          | \$ 416.000   |
| <b>SALUD</b>                 |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 900156264                    | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS                        | 2          | \$ 104.000   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 2          | \$ 104.000   |
| <b>CAJA DE COMPENSACIÓN</b>  |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 890900841                    | CCF04  | CCF04-CCF DE ANTIOQUIA                  | 2          | \$ 104.000   |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 2          | \$ 104.000   |
| <b>RIESGOS PROFESIONALES</b> |        |                                         |            |              |
| ADMINISTRADORA               |        |                                         |            |              |
| NIT                          | CÓDIGO | NOMBRE                                  |            |              |
| 860011153                    | 14-23  | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 2          | \$ 70.200    |
| <b>SUBTOTAL:</b>             |        |                                         | 2          | \$ 70.200    |

|                        |                   |
|------------------------|-------------------|
| <b>VALOR SIN MORA:</b> | <b>\$ 694.200</b> |
| <b>VALOR MORA:</b>     | <b>\$ 0</b>       |
| <b>TOTAL PAGADO:</b>   | <b>\$ 694.200</b> |

UNIDAD  
ADMINISTRATIVA  
ESPECIAL

JUNTA CENTRAL  
DE CONTADORES



Certificado No:

4A5FDC0E0D01FB1E2

LA REPUBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TURISMO

UNIDAD ADMINISTRATIVA ESPECIAL

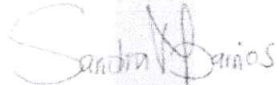
JUNTA CENTRAL DE CONTADORES

**CERTIFICA A:**  
QUIEN INTERESE

Que el contador público **ESTEPHANI SALINAS TAMAYO** identificado con CÉDULA DE CIUDADANÍA No 1037613043 de ENVIGADO (ANTIOQUIA) Y Tarjeta Profesional No 195605-T SI tiene vigente su inscripción en la Junta Central de Contadores y desde la fecha de Inscripción.

**NO REGISTRA ANTECEDENTES DISCIPLINARIOS** \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\*

Dado en BOGOTA a los 21 días del mes de Octubre de 2024 con vigencia de (3) Meses, contados a partir de la fecha de su expedición.

  
SANDRA MILENA BARRIOS PULIDO  
**DIRECTOR GENERAL**

ESTE CERTIFICADO DIGITAL TIENE PLENA VALIDEZ DE CONFORMIDAD CON LO ESTABLECIDO EN EL ARTICULO 2 DE LA LEY 527 DE 1999, DECRETO UNICO REGLAMENTARIO 1074 DE 2015 Y ARTICULO 6 PARAGRAFO 3 DE LA LEY 962 DEL 2005

Para confirmar los datos y veracidad de este certificado, lo puede consultar en la página web [www.jcc.gov.co](http://www.jcc.gov.co) digitando el número del certificado

República de Colombia  
Ministerio de Comercio Interior y Turismo

**JUNTA CENTRAL DE CONTADORES**  
**TARJETA PROFESIONAL**  
**DE CONTADOR PUBLICO**

**195605-T**

**ESTEPHANI**  
**SALINAS TAMAYO**  
**C.C. 1037613043**

**RESOLUCION INSCRIPCION 1422**  
**UNIVERSIDAD INST. UNIV. DE ENVIGADO**



**FECHA 15/10/2014**

**DIRECTOR GENERAL**

  
**JULIO CÉSAR ACUÑA GONZALEZ**

**207621**

**197053**

Esta tarjeta es el único documento que lo acredita como  
CONTADOR PUBLICO de acuerdo con lo establecido en  
la ley 43 de 1990

Agradecemos a quien encuentre esta tarjeta comunicarse  
al PBX: 644 44 50 o devolverla a la UAE - Junta Central de  
Contadores a la calle 96 No. 9A - 21 Bogotá D.C.



REPUBLICA DE COLOMBIA  
 IDENTIFICACION PERSONAL  
 CEDULA DE CIUDADANIA

NÚMERO **1.037.613.043**  
**SALINAS TAMAYO**  
 APELLIDOS  
**ESTEPHANI**  
 NOMBRES  
 ESTEPHANI SALINAS TAMAYO

FIRMADO POR: ESTEPHANI SALINAS TAMAYO




FECHA DE NACIMIENTO **09-MAY-1991**  
**ITAGUI**  
 (ANTIOQUIA)  
 LUGAR DE NACIMIENTO  
**1.53** **O+** **F**  
 ESTATURA G.S. RH SEXO  
**18-MAY-2009 ENVIGADO**  
 FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DEPECHO

REGISTRADOR NACIONAL  
 CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P 0112100-00162396-F-1037613043-20090713 0013381364A 1 29377627

MARIA ANGELICA  
POSADA ARISTIZABAL

MARIA ANGELICA POSADA ARISTIZABAL NIT 32472170  
Actividad Económica Principal 0  
No somos Gran Contribuyente  
No somos Agente Retenedor del Impuesto sobre las Ventas - IVA  
No somos Autorretenedor del Impuesto sobre la Renta y Complementarios

Factura Electrónica de Venta FNS - 3

Representación Gráfica  
Autorización Numeración de Facturación Electrónica  
No. 18764075180499 de 16/07/2024 - 16/07/2026 autoriza FNS-1 a FNS-1000

Tipo de Operación Estandar  
Fecha de Generación 29/10/2024 15:41  
Fecha de Vencimiento 29/10/2024 15:41  
Fecha de Validación 29/10/2024 15:41  
Forma de Pago Contado  
Medio de Pago Consignación bancaria  
Moneda COP



| DATOS DEL EMISOR |                                   | DATOS DEL CLIENTE |                                     |
|------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------------------------|
| Razón Social     | MARIA ANGELICA POSADA ARISTIZABAL | Razón Social      | MUNICIPIO DE SAN CARLOS             |
| Nombre Comercial | FUNERARIA SAN CARLOS              | Nombre Comercial  |                                     |
| CC               | 32472170                          | NIT               | 890983740                           |
| Obligación       | NO APLICA                         | Obligación        | NO APLICA                           |
| Email            | mangeposada@gmail.com             | Email             | hacienda@sancarlos-antioquia.gov.co |
| Teléfono         | 8358722                           | Teléfono          | 6048358090                          |
| Dirección        | CL 21 18 98                       | Dirección         | CL 19 78 71                         |
| Ciudad, Depart.  | SAN CARLOS, ANTIOQUIA (CO)        | Ciudad, Depart.   | SAN CARLOS, ANTIOQUIA (CO)          |

| No | REF    | DESCRIPCIÓN                                                                                                                    | CANT | U/M | PRECIO         | IMP | SUBTOTAL       | TOTAL ITEM     |
|----|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----|----------------|-----|----------------|----------------|
| 1  | VARIOS | SERVICIO FUNERARIO PRESTADO AL FALLECIDO FABIO ALBERTO OSORIO DAZA, COFRE MORTUORIO,PRESERVACION DEL CUERPO, TRASNPORTE        | 1    | EA  | \$2,000,000.00 |     | \$2,000,000.00 | \$2,000,000.00 |
| 2  | VARIOS | SERVICIO FUNERARIO PRESTADO AL FALLECIDO CARMEN EDIT ARIAS HOYOS , COFRE MORTUORIO,PRESERVACION DEL CUERPO, TRASNPORTE         | 1    | EA  | \$2,000,000.00 |     | \$2,000,000.00 | \$2,000,000.00 |
| 3  | VARIOS | SERVICIO FUNERARIO PRESTADO AL FALLECIDO DIEGO CIRO FRANCO, COFRE MORTUORIO,PRESERVACION DEL CUERPO, TRASNPORTE                | 1    | EA  | \$2,000,000.00 |     | \$2,000,000.00 | \$2,000,000.00 |
| 4  | VARIOS | SERVICIO FUNERARIO PRESTADO AL FALLECIDO MARIA CATALINA CIFUENTES GARCIA , COFRE MORTUORIO,PRESERVACION DEL CUERPO, TRASNPORTE | 1    | EA  | \$2,000,000.00 |     | \$2,000,000.00 | \$2,000,000.00 |

|   |  |               |                |
|---|--|---------------|----------------|
| 4 |  | Subtotal      | \$8,000,000.00 |
|   |  | Total a Pagar | \$8,000,000.00 |

Unidades de medida: EA = cada

FIRMA EMISOR

FIRMA CLIENTE

CUFE: 93e3cedd2b23d44fd4fe12964e59d087e47422b8a36d769b4eff6893f638be72de5598ab29d0f417225035cea531344f

Software DATAICO fabricado por Proveedor Tecnológico DATAICO SAS 901223648

PÁGINA 1 / 1

ACTA DE AVANCE # 2

|                      |                                                             |            |
|----------------------|-------------------------------------------------------------|------------|
| CONTRATANTE          | MUNICIPIO DE SAN CARLOS                                     | OBJETO     |
| NIT MUNICIPIO        | 890.893.740-9                                               |            |
| CONTRATISTA          | MARIA ANGELICA POSADA ARISTIZABAL - FUNERARIA DE SAN CARLOS |            |
| NIT CONTRATISTA      |                                                             |            |
| TOTAL CONTRATO       |                                                             | 32.472.170 |
| ACTA NRO             | 2                                                           |            |
| PERIODO DE EJECUCIÓN | Del 24 de agosto al 16 de octubre de 2024                   |            |
| CONTRATO No:         | CMC-004-2024                                                |            |
| FECHA INICIO         | 21 DE MARZO 2024                                            |            |
| FECHA TERMINACION    | 31 DE DICIEMBRE 2024                                        |            |

| ITEM | DESCRIPCION                                                                                                                                                                                               | UNIDAD                                     | VALOR UNIT | ACTA #1                                   | VALOR                                     | ACTA #1                                  | VALOR                                    |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------|-------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------------|
|      |                                                                                                                                                                                                           |                                            |            | EL 21 DE MARZO HASTA EL 23 AGOSTO DE 2024 | EL 21 DE MARZO HASTA EL 23 AGOSTO DE 2024 | EL 24 DE AGOSTO AL 16 DE OCTUBRE DE 2024 | EL 24 DE AGOSTO AL 16 DE OCTUBRE DE 2024 |
|      |                                                                                                                                                                                                           |                                            |            | CANT                                      | VALOR TOTAL                               | CANT                                     | VALOR TOTAL                              |
| 1    | Prestación de servicios funebres como el cual incluye: cofre fúnebre, preservación del cuerpo, trámites para el servicio (diligenciamiento de documentos requeridos) y servicio de transporte del cuerpo. | Area Urbana                                | 1.500.000  | 1                                         | 1.500.000                                 | 0                                        | 0                                        |
|      |                                                                                                                                                                                                           | Veredas, Corregimientos y sectores lejanos | 2.000.000  | 3                                         | 6.000.000                                 | 4                                        | 8.000.000                                |

|                    |            |
|--------------------|------------|
| TOTAL A PAGAR      | 7.500.000  |
| TOTAL DEL CONTRATO | 20.000.000 |
| SALDO POR EJECUTAR | 12.500.000 |

|            |
|------------|
| 8.000.000  |
| 20.000.000 |
| 4.500.000  |

TOTAL A PAGAR EN LETRAS: OCHO MILLONES DE PESOS M/L

CONTRATISTA

INTERVENTOR

MARIA ANGELICA POSADA ARISTIZABAL  
REPRESENTANTE LEGAL - CONTRATISTA

DANIEL ORREGO TAMAYO  
SECRETARIO DE GOBIERNO