



RECONOCIMIENTO Y PAGO (PAGO PARCIAL O FINAL)

CÓDIGO:

F-BS-15

VERSIÓN:

05

92

Fecha de elaboración del reconocimiento:	23/12/2024	Periodo de Pago:	Del	05/12/2024	Al	19/12/2024
Contrato No. y Fecha:	2729 DEL 04 DE DICIEMBRE DE 2024					
Contratista:	MÓNICA LILIANA CASTAÑEDA ARANDA				c.c. o NIT	52.224.208
Representante Legal:	N/A				c.c.	N/A
Tipo de Pago:	Parcial	Final	X	Número de Pago:		1

Señores Gerencia de Contaduría, sírvase elaborar la orden de pago de la cuenta que se anexa, por cuanto cumple con todos los requisitos para que sea cancelada, la cual tiene los siguientes soportes documentales:

N.	Documento (Marcar con X los documentos que aplican al pago, los que no con N/A)	Hacienda	Jurídica	Secop	Sia Observa
1	COPIA REGISTRO PRESUPUESTAL (Primer pago del contrato inicial o de la adición o cesión del contrato)	X	N/A	X	N/A
2	COPIA DEL CERTIFICADO DE BANCO DE PROGRAMAS Y PROYECTOS (Todos los pagos con proyectos de inversión y en la adición)	X	N/A	X	N/A
3	ORIGINAL CERTIFICADO SUPERVISOR AUTORIZANDO EL PAGO (F-BS-16)	X	X	X	X
4	COMPROBANTE DE ENTRADA A ALMACÉN (Para Contratos de suministro) (Copia Hacienda - Original Jurídica)	N/A	N/A	N/A	N/A
5	FACTURA DE VENTA O CUENTA DE COBRO DE BIENES O SERVICIOS (Original Hacienda - Copia Jurídica)	X	X	X	X
6	COPIA ACTA DE INICIO (F-BS-12) (Primer Pago)	X	N/A	X	N/A
7	COPIA CONTRATO O EL DOCUMENTO QUE HAGA SUS VECES (Primer Pago o cesión del contrato)	X	N/A	X	N/A
8	COPIA MODIFICACIONES DEL CONTRATO (Pago posterior a la modificación) (Para Adición último pago del contrato inicial y primer pago de la adición)	N/A	N/A	N/A	N/A
9	COPIA RUT, o NIT, COMPLETO (Primer pago o cesión del contrato) En Uniones Temporales o Consorcio presentar RUT completo de los participantes	X	N/A	X	N/A
10	COPIA ACTO ADMINISTRATIVO DE DESIGNACIÓN DEL SUPERVISOR (Primer Pago o si hay cambio de supervisor) (Nota 11)	X	N/A	X	N/A
11	CERTIFICACIÓN BANCARIA (Primer pago o si realiza cambio de cuenta)	X	N/A	X	N/A
12	PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL • Planilla integrada en la que conste el pago de aporte y el IBC. (Persona Natural). • Esquema de presunción de costos, de acuerdo a lo establecido por el ministerio de salud y protección social y la UGPP. (Trabajadores independientes por cuenta propia o con contrato diferente a prestación de servicios) • Certificado expedido por el representante legal y/o revisor fiscal (Si está obligado a tenerlo), donde acredite que se encuentra a paz y salvo con aportes a seguridad social y parafiscales durante los últimos 6 meses, anexando tarjeta profesional, cédula de ciudadanía y antecedentes de la profesión vigentes del revisor fiscal (Persona Jurídica)	X	X	X	X
13	COPIA CERTIFICADO DE AFILIACIÓN ARL (Primer pago del contrato inicial, cesión, o prórroga) (Persona Natural)	X	N/A	X	N/A
14	INFORME DEL CONTRATISTA	N/A	X	X	X
15	INFORME DEL SUPERVISOR (F-BS-23)	N/A	X	X	X
16	ACTA DE FINALIZACIÓN (F-BS-17)	X	X	X	X
17	ACTA DE LIQUIDACIÓN (F-BS-34) (Nota 1 y 2)	N/A	N/A	N/A	N/A

Valor a Pagar (Letras y Números):

CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$4.500.000).

Cordialmente,

Nombre:	DORIS BRIYID ACUNA PARDO	Nombre:	LEIDY SANDOZ LOAIZA
Cargo:	Profesional Universitario	Cargo:	Secretaria de comunicaciones

GOBERNACIÓN DEL META - Villavicencio - Meta

Línea gratuita nacional: 01 8000 129 202

www.meta.gov.co





**RECONOCIMIENTO Y PAGO
(PAGO PARCIAL O FINAL)**

CÓDIGO:

F-BS-15

VERSIÓN:

05

Supervisora

Ordenador del Gasto

GOBERNACIÓN DEL META - Villavicencio - Meta
Línea gratuita nacional: 01 8000 129 202
www.meta.gov.co



 DEPARTAMENTO DEL META NIT 802 000 148-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Contrato No. y Fecha:	2729 DEL 4 DE DICIEMBRE DE 2024		
Contratista: (Persona natural o jurídica que figura en el contrato.)	MÓNICA LILIANA CASTAÑEDA ARANDA	NIT/C.C.	52.224.208
Representante Legal: (Soló para persona jurídica)	N/A	C.C.	N/A
Supervisor:	DORIS BRIYID ACUÑA PARDO	C.C.	40.384.642
Objeto: (Transcribir del contrato)			
"Promover la divulgación de la gestión que realiza el gobierno de departamento del Meta, así como mantener informada a la comunidad a través de un medio de comunicación escrito sobre los planes y proyectos que realizan el gobierno del departamento del Meta para mejorar la calidad de vida de los metenses y la imagen positiva del Meta".			
Valor inicial del contrato: (Letras y Números)	CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$4.500.000)		
Término Inicial de Ejecución:	QUINCE DÍAS		
Fecha de Inicio según Acta de Inicio:	05/12/2024	Fecha Finalización según Acta de Inicio:	19/12/2024

Modificaciones (Adiciones, Prórrogas, Suspensiones, Cesiones, Reinicios, Reducciones y Otras)			
Tipo de Modificación Adición (Sumar) Reducción (Restar)	Valor de la Modificación (Cuando Aplique)	Fecha de expedición del documento.	Tiempo de Modificación (Cuando Aplique)
N/A	N/A	N/A	N/A
Total del Valor de la Modificación	N/A	N/A	N/A
*Si no existen modificaciones coloque valores en ceros y demás casillas N/A			
**Inserte filas si requiere			

Término Total de Ejecución: (Inicial +/- modificaciones)	N/A	Fecha Finalización: (Inicial +/- modificaciones)	N/A
Valor total del contrato +/- las modificaciones: (Letras y Números)	N/A		
*Diligencie sólo si existen modificaciones, de lo contrario N/A Realice la sumatoria del valor inicial y las modificaciones en valores aun cuando sea cero (0), al igual que el término de ejecución y Fecha de Finalización			
**Inserte filas si requiere			

Forma de Pago: (Transcribir del contrato)
El departamento pagara al contratista el valor de ejecución del contrato así: Un (1) único pago correspondiente a la ejecución del contrato, previa certificación de la publicación de una página impar, certificación de cumplimiento expedido por el supervisor y acreditación que se encuentra a paz y salvo el contratista con los aportes al sistema integral de seguridad social y demás requisitos que le sean aplicables.

Contrato Inicial, Registro Presupuestal:				
Número y Fecha:	14683 del 05/12/2024	Inversión	X	Funcionamiento
Rubro presupuestal:	0301-2.3.23.2302.0400.003.2.3.2.02.02.008-20			



**CERTIFICADO DEL SUPERVISOR
AUTORIZANDO PAGO**

CÓDIGO: F-BS-16
VERSIÓN: 05

Valor: (Letras y Números) CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MONEDA CORRIENTE (\$4.500.000)

Adición, Registro Presupuestal:

Número y Fecha:	N/A	Inversión	N/A	Funcionamiento	N/A
Rubro presupuestal:	N/A				
Valor: (Letras y Números)	N/A				

Nota: Realice copia de la tabla si se presenta más de una adición

Obligaciones Generales del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)

1. Acatar las sugerencias de la supervisión encaminadas a mejorar el proceso.
2. Garantizar la afiliación ante el sistema de seguridad social integral en los términos establecidos en la ley 100 de 1933 (EPS, Fondo de Pensión y ARL) y presentar constancia de pago durante la ejecución del contrato, conforme al acápite de FORMA DE PAGO.
3. El contratista deberá allegar certificado médico de ingreso legible (tendrá vigencia máxima de tres (3) años y será válido para todos los contratos que suscriba el contratista, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 del decreto 723 2013). (Persona Natural).
4. El contratista dentro del monto del contrato debe garantizar los gastos de transporte, materiales, insumos de apoyo logístico necesarios para el desarrollo del objeto del contrato.
5. Dar cumplimiento a la Ley 594 del 2000 (Ley General de archivo).
6. Prestar los servicios con el personal y elementos propuestos, cualquier cambio será previamente autorizado por el Supervisor siempre que no sea de perfil inferior al ofertado.
7. Las actividades no se pueden realizar con personas o material que pueda interpretarse como mensajes de inclinación política, social, racial, religiosa o cualquier otro que pueda ofender o causar agravio a un grupo de personas.
8. Actuar de buena fe y diligentemente para con el supervisor del departamento y de la Gobernación del Meta; teniendo en cuenta que el Contratista se considera un colaborador del Estado en el cumplimiento de los fines sociales que busca la contratación, acorde con el estatuto contractual. Por lo cual, además deberá avisar oportunamente de aquellos aspectos que puedan generar obstáculo para el desarrollo de la prestación del servicio.
9. Entregar el informe de actividades al supervisor, dentro de los cinco (5) días siguientes, cumplido el periodo mensual o parcial de ejecución del contrato.
10. Suscribir Actas de Inicio, Finalización y/o Liquidación del contrato
11. Cobrar los bienes y/o servicios suministrados y certificados por el Supervisor, con cargo al contrato de acuerdo al acápite FORMA DE PAGO, para lo cual deberá radicar cuenta, con todos los soportes documentales requeridos en los formatos del Sistema Integrado de Gestión de la Gobernación del Meta, publicados en la página web de la entidad.
12. Guardar la debida reserva y confidencialidad sobre los documentos que le sean entregados o tenga conocimiento con ocasión de la ejecución del contrato; así mismo abstenerse de hacer uso de la información de la población objeto, obtenida con ocasión o como consecuencia directa de la ejecución del contrato.
13. Pagar y asumir los impuestos a que haya lugar, así como las demás obligaciones legales y tributarias que le competan de acuerdo con el marco normativo.
14. Cumplir las disposiciones y lineamientos dados en favor de la prevención, eliminación de lesiones, enfermedades y víctima mortal por ocasión del trabajo en el marco legal aplicable a los trabajadores en términos de seguridad y salud en el trabajo.
15. Cumplir las disposiciones y directrices en favor de la prevención de la contaminación y la protección del medio ambiente a través del control adecuado de residuos y consumo responsable de recursos.
16. Conocer y dar cumplimiento a las políticas y procedimientos de seguridad de la información

90

 DEPARTAMENTO DEL META NIT. REG. 000 146-B	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

establecida por la organización, pertinente al desarrollo del objeto contractual, de conformidad con lo estipulado en el Sistema Integrado de Gestión. 17. Cargar en la plataforma del SECOP los documentos soporte de la cuenta de cobro junto con los informes de ejecución a más tardar dentro de los tres (3) días hábiles siguientes a la fecha de elaboración de la misma. 18. Las demás que por naturaleza del contrato se requieran en el transcurso del mismo.
Obligaciones Específicas del Contratista: (Transcribir del Estudio Previo)
1. Realizar la publicación de página impar caja gráfica de 40 cm de alto x 23.7 cm de ancho de un periódico de circulación regional en policromía (full color) 2. Se deberá coordinar y aprobar con el supervisor previamente el suministro de la información a publicar 3. Presentar el informe de ejecución mensual en físico y en medio magnético con sus soportes, las actividades donde se relacionen las publicaciones realizadas en el medio impreso (periódico), enunciando fecha de publicación y anexando los ejemplares en físico, en los primeros cinco días posteriores a la fecha de cumplimiento del periodo, so pena de las instrucciones del supervisor.
Modificaciones y/o Adiciones:
N/A

Periodo de Pago:	Del	05/12/2024	AJ	19/12/2024	
Tipo de Pago:	Anticipo	Parcial		Final	X
				No. de Pago	1

No. de Comprobante de Entrada a Almacén: (Contratos cuando se requiera ingreso a almacén)	N/A
No. de Comprobante de Salida a Almacén: (Contratos cuando se requiera instalación de bienes)	N/A

Valor Total Autorizado a Pagar	
Valor Total Autorizado a Pagar (Letras)	CUATRO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS
Máximo 2 Decimales)	MONEDA CORRIENTE (\$4.500.000)

Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.			
No. R.P.	Rubro Presupuestal	Clasificador Presupuestal	Valor a Afectar
14683	0301- 2.3.23.2302.0400.003.2.3.2.02.02.008-20	8363201	\$4.500.000,00
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)			\$4.500.000,00
Por cada Registro Presupuestal (R.P.) y Clasificador Presupuestal que avale el contrato, se debe especificar el Valor a Afectar. Inserte filas si requiere.			

Lugar donde se suministra los bienes o se presta el Servicio:	
En el municipio de Villavicencio	
Municipio	Valor
Villavicencio	\$4.500.000,00
Valor Total Autorizado a Pagar (números máximo 2 decimales)	\$4.500.000,00
Nota: Incluir filas adicionales si se requiere. Discriminar el valor para cada municipio en proporción a lo ejecutado del contrato para el periodo de pago.	

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 801 500 140-8	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

Esta información es para determinar retenciones aplicables a título del impuesto de industria y comercio.

Anticipo (Letras y Números máximo 2 Decimales)				N/A
Porcentaje:	N/A	Observaciones:	N/A	

Amortización del Anticipo

Concepto	Valor Facturado	% Contrato Facturado	Saldo Contrato	Amortización Anticipo	% Anticipo Amortizado	Saldo Anticipo
Valor Inicial	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 1	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial 2	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Parcial n	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Total	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A

Balance Financiero de Ejecución del Contrato Inicial

Concepto	Valor (Números máximo 2 Decimales)	Periodo de Pago DD/MM/AAAA		% Ejecución Financiera
		Del	Al	
Pago Autorizado en el Presente Informe	\$4.500.000,00	05/12/2024	19/12/2024	100%
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	\$0	N/A	N/A	0%
Valor Total del Contrato Inicial	\$4.500.000,00	05/12/2024	19/12/2024	100%

Nota: Inserte o Elimine filas si requiere.

Balance Financiero de Ejecución de la Adición

Concepto	Valor (Números máximo 2 Decimales)	Periodo de Pago DD/MM/AAAA		% Ejecución Financiera
		Del	Al	
ÚnicoPrimer Pago	N/A	N/A	N/A	N/A
Pago Autorizado en el Presente Informe	N/A	N/A	N/A	N/A
Saldo del Contrato Pendiente por Ejecutar	N/A	N/A	N/A	N/A
Valor Total de la Adición	N/A	N/A	N/A	N/A

Nota: El número de pagos debe ser consecutivo, comienza en el balance financiero del contrato inicial y continúa en el balance financiero de la adición. Inserte o Elimine filas si requiere.
(Si no aplica diligenciar N/A)

Valor Total del Contrato Inicial más la Adición	\$4.500.000,00
---	----------------

Pago de Seguridad Social (Persona Natural)	Datos
Periodo Cotizado	DICIEMBRE

98

 DEPARTAMENTO DEL META NIT 892 300 148-0	CERTIFICADO DEL SUPERVISOR AUTORIZANDO PAGO	CÓDIGO:	F-BS-16
		VERSIÓN:	05

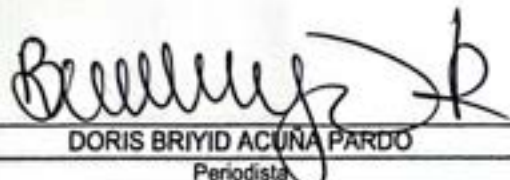
Número de Planilla	7945070141
IBC (Ingreso Base de Cotización)	\$1.800.000
Valor pagado a SALUD	\$225.000
Valor pagado a PENSIÓN	\$288.000
Valor pagado a ARL	\$9.400
Valor pagado a FSP	N/A
Nota: Si realizó pago para más de un Periodo o finalizando contrato Inserte nueva columna Nota: Si es persona jurídica se diligencia todo con N/A	

Pago de Seguridad Social: (Persona Jurídica)	SI
Certificado expedido por el Representante legal	N/A
Certificado expedido por el Revisor fiscal	N/A
Nota: Si es persona natural se diligencia N/A	

Se expide como requisito esencial para que se efectúe el pago correspondiente.

Dado en Villavicencio, a los veinte tres (23) días del mes de diciembre de 2024.

Cordialmente,


DORIS BRIYID ACUÑA PARDO
 Periodista
Supervisora



MONICA LILIANA CASTAÑEDA ARANDA
NIT 52.224.208-
CR 47 48 21 LA CAMPESÍA
Tel. 3143854147
Villavicencio - Colombia
lancasmundo@gmail.com



FACTURA ELECTRONICA DE
VENTA
No. FEVM 269

Señores	DEPARTAMENTO DEL META			
NET	892.000.145-8	Teléfono	(608) 6818500 - Ext. 000	
Dirección	CR 33 38 45	Ciudad	Villavicencio - Colombia	

Fecha y hora Factura	
Generación	17/12/2024, 09:25
Expedición	17/12/2024, 09:27
Vencimiento	17/12/2024

Item	Descripción	Cantidad	Vt. Unitario	Impcto. Cargo	Vt. Total
1	CONTRATO 2729 DEL 04 DE DICIEMBRE DE 2024. OBJETO: Promover la divulgación de la gestión que realiza el gobierno de departamento del meta, así como mantener informada a la comunidad a través de un medio de comunicación escrito sobre los planes y proyectos que realizan el gobierno del departamento del Meta para mejorar la calidad de vida de los metales y la imagen positiva del meta. PERIODO ÚNICO: DEL 5/12/2024 AL 19/12/2024	1.00	4,500,000.00	0 %	4,500,000.00

Total items: 1

Valor en Letras:

Cuatro millones quinientos mil pesos m/cte

Forma de pago:

Contado

Medio de pago:

Desembolso Crédito plus (CCD+) - Transferencia \$ 4,500,000.00

Observaciones:

Total Bruto	4,500,000.00
IVA 0%	0.00
Total a Pagar	4,500,000.00

Fabricante Software y Proveedor Tecnológico Signo SAS - Nit 830.048.145-8 Nombre Software Signo Hubo Firma electrónica ver en el XML

A esta factura de venta aplican las normas relativas a la letra de cambio (artículo 5 Ley 1221 de 2008). Con esta el Comprador declara haber recibido real y materialmente las mercancías o prestación de servicios descritos en este título - Valor, Número Autorización Electrónica 18764075753661 aprobado en 20240725 prefijo FEVM desde el número 231 al 1900 Vigencia: 6 Meses

- Actividad Económica 6311 Procesamiento de datos, alojamiento (hosting) y actividades relacionadas Tarifa
CUFE: dc72e64144e4e02cac0c663d1ub6e13257137099cd49be629633bd475b5241a5600f1a374ee273406680296116994a



PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL



DATOS DE LA ENTIDAD				DATOS DE LA PLANILLA			
TIPO ENTIDAD	CELEBRACIÓN	CELEBRACIÓN	CELEBRACIÓN	TIPO PLANILLA	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN
TIPO PLANILLA	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	TIPO PLANILLA	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN
TIPO PLANILLA	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	TIPO PLANILLA	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN
TIPO PLANILLA	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	TIPO PLANILLA	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN	PERIODO AUTOLIQUIDACIÓN

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTES A SALUD DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTES A SALUD DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTES A SALUD DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTES A SALUD DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS

TOTAL APORTES A PENSION		TOTAL APORTES A SALUD		TOTAL APORTES A SALUD DE COMPENSACIÓN FAMILIAR		TOTAL APORTES A SALUD DE COMPENSACIÓN FAMILIAR	
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS
OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS	OTROS

TOTAL \$ 533,200



DAVIVIENDA

104

BANCO DAVIVIENDA S.A.

CERTIFICA:

Que **MONICA LILIANA**, quien se identifica con Cédula de ciudadanía No. 52224208 y es titular de la cuenta terminada en ****3174** , realizó el siguiente pago a través de :

Fecha del pago	Valor	Destino	Factura - Referencia	Número de Autorización
02/12/2024	\$ 533.200,00	SOI ACH	1092459920	92459920

Banco Davivienda S.A.

Se expide en Bogotá, el 13-12-2024.

Atentamente,

BANCO DAVIVIENDA S.A.

VIGILADO
SUPERINTENDENCIA FINANCIERA
DE COLOMBIA