Montería, marzo 1 de 2021

Yo: ALEJANDRINA VAN-GRIEKEN PESQUERA

Identificado con C.C: 40.927.675

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total, a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Alejandrina Van-Grieken

N° de cedula: 40927675 De: Riohacha

Cel: 3004914500

Dirección: Cra 10W # 15-05 Vallejo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **40.927.675**

**VAN GRIEKEN PESQUERA**

APELLIDOS

**ALEJANDRINA**

NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **29-JUN-1970**

**MAICAO**
**(LA GUAJIRA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.53** ESTATURA | **O-** G.S. RH | **F** SEXO

**22-ABR-1993 RIOHACHA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1300100-00158197-F-0040927675-20090601 **0012**0**0**8932A 1 7440008728

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14730429841

(415)7707212489984(8020) 000001473042984 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 4 0 9 2 7 6 7 5 | 6 | Impuestos y Aduanas de Montería | 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 4 0 9 2 7 6 7 5 | 1 9 9 3 0 4 2 9 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | La Guajira 4 4 | Riohacha 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VAN GRIEKEN | PESQUERA | ALEJANDRINA | |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 10 W 15 05 URB VALLEJO

42. Correo electrónico: alejandria_70@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 4 9 1 4 5 0 0 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

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

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 13 / 08 : 59: 27

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

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

984. Nombre VAN GRIEKEN PESQUERA ALEJANDRINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 13-01-2021 09:01:21AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 40927675 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | ALEJANDRINA VAN CRICKEN PEROUERA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCION: | CR11N573#8LA CASTELLANA APT 101 | TELÉFONO: | 7896269 |
| TIPO APORTANTE: | 03-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la pol |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4378791098 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd) | | | 2021/02/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 900406846 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACION | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14-COLPENSIONES | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.000 | $ 0 | $ 0 | $ 113.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.000 | $ 0 | $ 0 | $ 113.000 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD ERP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EN EL EXTERIOR | EXTRANJERO TRANSITORIO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRT | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 40927675 | VAN CRICKEN PEROUERA ALEJANDRINA | DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | P1 | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 908.526 | $ 113.000 | $ 0 | $ 113.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 40927675 | $ 4.800 | 30 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|

Planilla Pagada



2021/02/26 9:12 AM USUARIO SOI CLOPEZ

Fecha, 26 de Febrero de 2021

Yo: Marisol Vitar Berrio

Identificado con C.C: 1064.987.835 de Cereté

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000 pesos

Total a pagar: $ 1.957.000 pesos
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Marisol Vitar B.

N° de cedula: 1.064.987.835 De: Cereté

Cel: 3126622228

Dirección: mz 2 lt 25 Urbanización la Victoria

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.064.987.835**

**VITAR BERRIO**

APELLIDOS

**MARISOL**

NOMBRES

Marisol Vitar B.

FIRMA





ÍNDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **26-MAR-1989**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA

**A+** G.S. RH

**F** SEXO

**19-ABR-2007 CERETE**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

A-1300100-01103811-F-1064987835-20191018 **00683**35559A 1 7505693908

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14737507328

(415)7707212489984(8020) 000001473750732 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 4 9 8 7 8 3 5 | 2 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 6 4 9 8 7 8 3 5 | 2 0 0 7 0 4 1 9 |

| Lugar de expedición 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Cereté 1 6 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VITAR | BERRIO | MARISOL | |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: MZ 2 LT 25 URB LA VICTORIA

42. Correo electrónico: maviberrio26@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 2 6 6 2 2 2 2 8 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 29 / 07 : 29: 48

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

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

984. Nombre VITAR BERRIO MARISOL
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

ach SOI Pagos de Seguridad Social

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | |
|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1064987835 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | MARISOL VITAR BERRIO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA |
| DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MANZANA EZ LOTE 25 |
| TELÉFONO: | 3333333 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE |
| CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA |
| ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | |
|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4380108249 |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/05 |
| TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994195948 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |

### DATOS DEL COTIZANTE

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1064987835 | VITAR BERRIO MARISOL | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO |

### NOVEDADES

| Nº | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD

| Nº | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 |

SEGURIDAD SOCIAL — ARP

| Nº | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 106498783 | $ 9.500 |

PARAFISCALES

| Nº | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 268.500 |
|---|---|

Planilla Pagada

Planilla Pagada

Fecha, 26 de febrero de 2021

Yo: Janio De Jesús Tobío Mendoza

Identificado con C.C: 1103117568

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.658.581

Total a pagar: $ 1.658.581

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Janio Tobío Mendoza

N° de cedula: 1103117568 De: Coroza-Sucre

Cel: 3016066221

Dirección: Diagonal 14 Transversal 2 1B-17

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.103.117.568**

**TOBIO MENDOZA**

APELLIDOS

**JANIO DE JESUS**

NOMBRES

Janio Tobio Mendoza

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **28-ENE-1996**

**COROZAL**
**(SUCRE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.74** | **A+** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**01-ABR-2014 COROZAL**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2804000-00570676-M-1103117568-20140508 **0038**383082A 1 41784863

# DIAN — Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA — Modelo Unico de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14421322411

(415)7707212489984(8020) 000001442132241 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1103117568 | 1 | Impuestos y Aduanas de Sincelejo 23 | |

### IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 1103117568 | 2014 04 01 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Sucre 70 | Corozal 215 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TOBIO | MENDOZA | JANIO | DE JESUS |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

### UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Sucre 70 | Coveñas 221 |

41. Dirección principal: CL 6 3 51 BRR VEINTE DE JULIO

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal: | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| janiotovio@gmail.com | | 3016062621 | |

### CLASIFICACION

**Actividad económica**

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8513 | 2017 07 17 | | | | | | |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 5 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

05- Impto. renta y compl. régimen ordinar

**Obligados aduaneros**

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2017 07 17

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

Janio Fabio Mendoza C.C 1103117568

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

984. Nombre: BARRIOS SALGADO ALBA MARGOTH
985. Cargo: Analista IV

Fecha generación documento PDF: 17-07-2017 08:17:01AM

DOCUMENTO AUTENTICADO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1103117568 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JANIO DE JESUS TOBIO MENDOZA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | COROZAL | DEPARTAMENTO: | SUCRE |
| DIRECCIÓN: | DG 14 TRANSV 2 # 1B-17 | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4380508778 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO | 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/03/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994201431 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC33 | ESSC33-COMPARTA | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| Nº | DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | NOVEDADES: ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1103117568 | TOBIO MENDOZA JANIO DE JESUS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Nº | PENSIÓN ADMIN | PENSIÓN DÍAS COT | PENSIÓN IBC | PENSIÓN COTIZACIÓN | PENSIÓN FSP SUBSISTENCIA | PENSIÓN FSP SOLIDARIDAD | PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | PENSIÓN APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | PENSIÓN INDICADOR TARIFA ESPECIAL | PENSIÓN TOTAL APORTE | SALUD ADMIN | SALUD DÍAS COT | SALUD IBC | SALUD COTIZACIÓN | SALUD Vr UPC | SALUD TOTAL APORTE | ARP ADMIN | ARP DÍAS COT | ARP IBC | ARP CENTRO DE TRABAJO | ARP TOTAL APORTE | PARAFISCALES DÍAS COT | PARAFISCALES IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | ESSC33-COMPARTA | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 6000205721 | $ 9.500 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 268.500 |
|---|---|

Planilla Pagada

Fecha, 26 DE FEBRERO

Yo: CRISTIAN ALBERTO CARREÑO OVIEDO

Identificado con C.C: 11.004.541

Manifiesto que:
La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología
FUNDESOE
**NIT 800205721-5**
**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**
**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

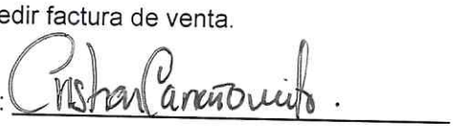
Total a pagar: $ 1.957.000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: 

N° de cedula: 11.004.541 De: Montería

Cel: 3106320907

Dirección: Cra 17 #29-32 El Eden

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **11.004.541**

**CARREÑO OVIEDO**

APELLIDOS

**CRISTIAN ALBERTO**

NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-OCT-1978**

**CERETE**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.74** | **O-** | **M** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**18-FEB-1997 MONTERIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

A-1300100-01132961-M-0011004541-20200219 **00701**45638A 1 7505866864

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14682047368

(415)7707272489984(8020)000001468204736 8

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 0 0 4 5 4 1 – 1

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Montería 1 2

14. Buzón electrónico

### IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida 2

25. Tipo de documento: Cédula de Ciudadanía 1 3

26. Número de Identificación: 1 1 0 0 4 5 4 1

27. Fecha expedición: 1 9 9 7 0 2 1 8

Lugar de expedición: COLOMBIA

28. País: 1 6 9

29. Departamento: Córdoba 2 3

30. Ciudad/Municipio: Montería 0 0 1

31. Primer apellido: CARREÑO

32. Segundo apellido: OVIEDO

33. Primer nombre: CRISTIAN

34. Otros nombres: ALBERTO

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

### UBICACION

38. País: COLOMBIA 1 6 9

39. Departamento: Córdoba 2 3

40. Ciudad/Municipio: Montería 0 0 1

41. Dirección principal: CR 17 29 32 BRR EL EDEN

42. Correo electrónico: crialcao@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 0 6 3 2 0 9 0 7

45. Teléfono 2:

### CLASIFICACION

**Actividad económica**

Actividad principal

46. Código: 8 5 1 1

47. Fecha inicio actividad: 2 0 2 0 0 2 0 3

Actividad secundaria

48. Código:

49. Fecha inicio actividad:

Otras actividades

50. Código: 1 2

**Ocupación**

51. Código: 2 3 1 2

52. Número establecimientos

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código: | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 2 0 0 2 0 4

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

Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016

Firma del solicitante:

Cristian Carreño.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: QUINTERO LORA JULIANA

985. Cargo: Gestor I

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 11004641 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | CRISTIAN ALBERTO CARREÑO OVIEDO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCION: | CR17N-29-328/EL EDEN | TELEFONO: | 7814215 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4382933727 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/03/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9999423507 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 146.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 145.400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 113.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 4.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 4.800** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EN EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | COM | ISE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 11004641 | CARREÑO OVIEDO CRISTIAN ALBERTO | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 909.000 | | | NO | 01 | | | | | | 01-30 | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.526 | $ 146.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 146.400 | EPS016-COOMEVA S.A. | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 908.526 | 11004641 | $ 4.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|

Fecha, 10/03/2021

Yo: MARTÍN ELÍAS TOVÍO MEDRANO

Identificado con C.C: 1.103.107.824

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

---

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Martín TOVÍO

N° de cedula: 1.103.107.824 De: Corozal

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA



NUMERO 1.103.107.824

TOVIO MEDRANO

APELLIDOS

MARTIN ELIAS

NOMBRES

Martin Tovio

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 12-AGO-1991

COROZAL
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.66 ESTATURA | A+ G.S. RH | M SEXO

25-AGO-2009 COROZAL
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-2804000-00188952-M-1103107824-20091022 0017377316A 1 26564029

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14420579613

(415)7707212489984(8020) 000001442057961 3

| 6. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 7. DV | 13. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 0 3 1 0 7 8 2 4 | 8 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1103107824 | 2009/08/25 |

| Lugar de expedición 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Sucre 7 0 | Corozal 2 1 5 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TOVIO | MEDRANO | MARTIN | ELIAS |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal
CL 30 35 50 BRR PORTAL NAVARRA

42. Correo electrónico martin08-12@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3043338678 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8513 | 2013/04/18 | | | | | | 2313 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 02 - 01 / 14 : 59: 28

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

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

984. Nombre TOVIO MEDRANO MARTIN ELIAS
985. Cargo CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

Fecha generación documento PDF: 01-02-2021 02:59:54PM

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1103107824 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | MARTIN ELIAS TOVIO MEDRANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CLL 30 #35-50 | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4380502974 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994197448 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACION | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC33 | ESSC33-COMPARTA | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1103107824 | TOVIO MEDRANO MARTIN ELIAS | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| ESSC33-COMPARTA | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 |

SEGURIDAD SOCIAL – ARP

| ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 600205721 | $ 9.500 |

PARAFISCALES

| DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 268.500 |
|---|---|

Planilla Pagada

Montería, 25 de febrero de 2021.

**LUZ NEY SOTO AVILEZ**
C.C: 30.688.689

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE
**NIT 800205721-5**
**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**
**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ Un millón novecientos cincuenta y siete mil pesos

Total a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que no soy responsable del IVA, por lo tanto de acuerdo a la Resolución 042 de mayo de 2020 art 7 y el articulo 1.6.1.4.3 del D.U.R.T 1625 de 2016, no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Luz Ney Soto Avilez
N° de cedula: 30.688.689 De: Cereté
Cel.: 3016056273
Dirección: Calle 17 No 21 25

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14717365483

(415)7707212489984(8020) 000001471736548 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3068868 | 96 | Impuestos y Aduanas de Montería 12 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 30688689 | 2002,10,09 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Córdoba 23 | Cereté 162 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SOTO | AVILEZ | LUZ | NEY |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Córdoba 23 | Cereté 162 |

41. Dirección principal: CL 17 # 21 25 BRR venus 3 etapa

42. Correo electrónico: luzsotoavilez@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3016056273 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 |
| 4690 | 2009,10,01 | 8522 | 2018,09,08 | | | |

### Ocupación

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2020 - 10 - 16 / 10 : 48: 06

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

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

984. Nombre: SOTO AVILEZ LUZ NEY

985. Cargo: Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 16-10-2020 10:48:51AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancolombia

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 3068886891 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | LUZ NEY SOTO AVILEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | CERETE | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCION: | CLLE 17 NO 21 25 | TELÉFONO: | 7642094 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACION: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7783714743 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/12 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 921178695 |

### TOTAL APORTES A PENSION

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145,400 | $ 0 | $ 145,400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 145,400** | **$ 0** | **$ 145,400** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACION | VALOR | NÚMERO AUTORIZACION | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113,600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113,600 | $ 0 | $ 0 | $ 113,600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 113,600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113,600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACION | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9,500 | $ 9,500 | $ 0 | $ 0 | $ 9,500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9,500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9,500** |

### LIQUIDACION DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BASICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIA MAYOR | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | INC | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COT | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSION | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | VR UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 3068886891 | SOTO AVILEZ LUZ NEY | INDEPENDIENTE CONTRATISTA DE PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 908,526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908,526 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145,400 | EPS005-SANITAS S.A. | 30 | $ 908,526 | $ 113,600 | $ 0 | $ 113,600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908,526 | 3068886891 | $ 9,500 | 30 | $ 0 | | | | | | |

| TOTAL | $ 268.500 |
|---|---|

Planilla Pagada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
30688689
NUMERO

SOTO AVILEZ
APELLIDOS

LUZ NEY
NOMBRES

Luz Ney Soto Avilez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-OCT-1984
CERETE
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

09-OCT-2002 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1301000-38112022-F-0030688689-20030520 0501B03140N 01 139155170

Fecha, 26/02/2021

Yo: Oscar Ignacio De Oro Angulo

Identificado con C.C: 1.067.859.393

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $1.957.000

Total a pagar: $ 1.957.000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Oscar De Oro A

N° de cedula: 1.067.859.393 De: Montería

Cel:3008429062

Dirección: Mz N Lt 7 B/ Panzenu

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.859.393

DE ORO ANGULO
APELLIDOS

OSCAR IGNACIO
NOMBRES

OSCAR DE ORO A.
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 29-ABR-1988
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.65 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

10-MAY-2006 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABEATRIZ HENRIQUEZ

INDICE DERECHO



P<1300100-38151502-M<1067859393-20060913 05905 06256A 03 208092356

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14338656938

(415)7707212489984(8020) 000001433865693 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 7 8 5 9 3 9 3 | 1 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1067859393 | 2006,05,10 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DE ORO | ANGULO | OSCAR | IGNACIO |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: DG 7 8 TV 1 A 6 61 BRR POLICARPA

42. Correo electrónico: tele_2988@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 3 5 3 3 5 6 2 3 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8 5 5 9 | 2015,05,13 | | | | | 2 3 1 2 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2015 - 05 - 13

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

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

984. Nombre ARDILA MATTOS LEONEL
985. Cargo Gestor II

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 30-01-2021 01:40:24PM

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | |
|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1067659393 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | OSCAR IGNACIO DE ORO ANGULO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA |
| DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA |
| TELÉFONO: | 7735729 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE |
| CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA |
| ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otras actividades de servicios personales n.c.p. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | |
|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4381744661 |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/12 |
| TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994310840 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS001 | EPS001-ALIANSALUD S.A. | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |

### DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | ICE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1067659393 | DE ORO OSCAR | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908,526 | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES — SEGURIDAD SOCIAL

| Nº | PENSIÓN ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 908,526 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145,400 |

| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS001-ALIANSALUD S.A. | 30 | $ 908,526 | $ 113,600 | $ 0 | $ 113,600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908,526 | 106765939 | $ 4,800 |

### PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|

Planilla Pagada

Fecha, 24 de febrero de 2021

Yo: GREY DEL ROSARIO SOTO RIVERO

Identificado con C.C: 50.967.998

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.975.000

Total a pagar: $ 1.975.000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: 

N° de cedula: 50.967.998 De: CERETE - CORDOBA

Cel: 301 5522342

Dirección: Calle 3#5-83 barrio Calderón, Cereté



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.967.998
SOTO RIVERO
APELLIDOS
GREY DEL ROSARIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-ABR-1977
CERETE
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
14-SEP-1995 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1300160-00162170-F-0050987998-20090309 0810222569A 1 7480011M02

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14711335034

(415)7707212489984(8020) 000001471133503 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 0 9 6 7 9 9 8 | 7 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 50967998 | 1995 09 14 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Cereté 1 6 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SOTO | RIVERO | GREY | DEL ROSARIO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Cereté 1 6 2 |

41. Dirección principal: CL 2 A TV 4 87 BRR CALDERON

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| srgreys@yahoo.es | | 3 1 1 5 1 9 5 7 0 8 | 3 0 1 5 5 2 2 3 4 2 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 2 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

22- Obligado a cumplir deberes formales a

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 09 - 17 / 16 : 14: 34

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

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

984. Nombre SOTO RIVERO GREY DEL ROSARIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 28-09-2020 12:09:44PM

**Banco Agrario de Colombia**
**NIT. 800.037.800- 8**

PAGO PROGRAMADO SÓLO EN BANCO AGRARIO
DO GENERACIÓN PLANILLA

ASOPAGOS

11/03/2021 16:07:11 Cajero: kareorti

Oficina: 2715 - CERETE
Terminal: B2715CJ040V0 Operación: 178941290

**Transacción: RECAUDO DE CONVENIOS**

| | |
|---|---|
| **Valor:** | **$9,500.00** |
| Costo de la transacción: | $0.00 |
| Iva del Costo: | $0.00 |
| GMF del Costo: | $0.00 |

Medio de Pago: EFECTIVO
Convenio: 12429 PLANILLA ASISTIDA -ASOPAGO
Ref 1: 8612171702
Ref 2: 00050967998202102

Antes de retirarse de la ventanilla por favor verifique que la transacción solicitada se registró correctamente en el comprobante. Si no está de acuerdo infórmele al cajero para que la corrija. Cualquier inquietud comuníquese en Bogotá al 5948500 resto de

GREY DEL ROSARIO SOTO RIVERO
CC-50967998
0

GREY DEL ROSARIO SOTO RIVERO
2021-03-11

202102
202102

**Digite el número de planilla de acuerdo a la fecha en que el aportante realice el pago**

**Número de identificación**
**50967998**
**Período pensión**
**202102**
**Cantidad de registros**
**3**

| pagar | Total seguridad social | Valor transacción financiera | Tipo de planilla | Estado |
|---|---|---|---|---|
| | $9.500 | $0 | N | Lista para pago en banco |

(415)7709998013483(8020)8612171702802000050967998202102390000000095009620210319

Señor(a) aportante
Para garantizar un mejor servicio, Asopagos le solicita diligenciar la siguiente información

| | |
|---|---|
| Nombre consignante | _____ |
| Tel. Cel. | _____ |
| Tel. Fijo | _____ |
| Periodo Pagado | _____ |

...ario

PAGOS

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | GREY DEL ROSARIO SOTO RIVERO |
| IDENTIFICACION: | CC-50967998 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2021-03-11 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2021-03-23 |
| PERIODO PENSION: | 2021-02 |
| PERIODO SALUD: | 2021-02 |
| NUMERO PLANILLA: | 8612171702 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8612171702 |
| TIPO DE PLANILLA: | N |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 |
| Subtotal ARL | | 1 | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 |
| | | Total a pagar | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 26/04/2021 |

Fecha, 1/03/2021.

Yo: NERLIS CECILIA TORDECILLA ALVAREZ

Identificado con C.C:50.956592

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.565.600

Total a pagar: $ 1.565.600.

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: _____

N° de cedula: 50.956592. De: pto edicto

Cel: 3217548152.

Dirección: Diagonal 12 #10B97.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.956.592
TORDECILLA ALVAREZ
APELLIDOS
NERLIS CECILIA
NOMBRES

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-ABR-1975
PUERTO ESCONDIDO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.55 B+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
31-AGO-1993 PUERTO ESCONDIDO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

A-1300100-00763835-F-0050956592-20151118 0047464758A 1 7523664649

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14096155441

(415)7707212489984(8020) 000001409615544 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5095659 2 | 3 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 50956592 | 1993 08 31 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Puerto Escondido 5 7 4 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TORDECILLA | ALVAREZ | NERLIS | CECILIA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: DG 12 10 B 97 BRR GUADALAJARA

42. Correo electrónico

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3135377559 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0010 | 1995 02 15 | | | | | | 2313 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código: 20

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2008 - 12 - 02

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

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

984. Nombre: ROBLES TORRES ROBERTO ANTONIO
985. Cargo: Analista II

Fecha generación documento PDF: 23-02-2021 07:53:12AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50956592 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | NERLIS CECILIA TORDECILLA ALVAREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4379051721** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS SUBSISTEMAS: | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES: | febrero |
| | AÑO: | 2021 | | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/02/26 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994068237 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800227940 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 145.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 145.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 901037916 | MIN002 | MIN002-ADRES-RÉGIMEN EXCEPCIÓN | 1 | $ 113.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 113.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800226175 | 14-25 | 14-25-COLMENA | 1 | $ 4.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 4.800** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 263.800** |

OK

Fecha, 01/03/2021

Yo: MARLETH ROCIO VILLAR MIRANDA

Identificado con C.C: 25.873.393

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1´957.000

Total a pagar: $ 1´957.000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Marleth Villar M.

N° de cedula: 25.873.393 De: Ciénaga de oro- Córdoba

Cel: 3146521215

Dirección: Calle 3 este #15-35



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 25.873.393
VILLAR MIRANDA
APELLIDOS
MARLETH ROCIO
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 01-ENE-1969
CIENAGA DE ORO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA
A+ G.S. RH
F SEXO

14-DIC-1987 CIENAGA DE ORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1301300-00146656-F-0025873393-20090116 0009490051A 1 7880002418

DIAN
POR UNA COLOMBIA MAS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743182471

(415)7707212489984(8020) 000001474318247 1

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 5 8 7 3 3 9 3 | 6 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 25873393 | 1 9 8 7 1 2 1 4 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Ciénaga de Oro 1 8 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VILLAR | MIRANDA | MARLETH | ROCIO |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Ciénaga de Oro 1 8 9 |

41. Dirección principal
CL 3 ESTE 12 35 BRR MONTE CARMELO

42. Correo electrónico marleth.1218@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 4 6 5 2 1 2 1 5 | 3 1 4 5 6 3 9 0 0 9 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 02 - 22 / 11 : 11: 47

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

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

984. Nombre VILLAR MIRANDA MARLETH ROCIO
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 22-02-2021 11:12:16AM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Banagrario

ASOPAGOS S.A.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | MARLETH RC ) VILLAR MIRANDA |
| IDENTIFICACION: | CC-2587339[illegible] |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2021-03-01 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2021-03-19 |
| FECHA DE PAGO: | 2021-03-01 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO AGRARIO |
| PERIODO PENSION: | 2021-02 |
| PERIODO SALUD: | 2021-02 |
| NUMERO PLANILLA: | 8611908849 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8611908799 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS037 | 900156264 | NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 113.600 |
| 230301 | 800224808 | PORVENIR | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 263.800 | $ 263.800 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 23/04/2021 |

Fecha, 25 febrero 2021

Yo: Yudis Doria Redondo

Identificado con C.C: 50922831

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Yudis Doria.

N° de cedula: 50.922.831. De: Montería

Cel: 3215802763.

Dirección: Carrera 21 #6-27 B/6 de Marzo.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **50.922.831**

**DORIA REDONDO**

APELLIDOS

**YUDIS**

NOMBRES

Yudis Doria Redondo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-OCT-1976**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.55** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**10-MAR-1997 MONTERIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1300100-00144359-F-0050922831-20081229 **0009**114782A 2 7450009352

DIAN®
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14686270445

(415)7707212489984(8020) 000001468627044 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 0 9 2 2 8 3 1 | 2 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACION

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

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| DORIA | REDONDO | YUDIS | |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: | 37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 21 6 27 BRR SEIS DE MARZO

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| y.u.disdoriaredondo@hotmail.com | | 3 2 1 5 8 0 2 7 6 3 | 3 2 0 5 7 9 8 9 0 6 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] | 60. No. de Folios: 0 | 61. Fecha: 2 0 2 0 0 3 0 3

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

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

984. Nombre DORIA REDONDO YUDIS
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 03-03-2020 04:24:17PM

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50922831 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YUDIS DORIA REDONDO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4378942436** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/02/25 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994059495 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 145.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 145.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 806008394 | ESSC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 1 | $ 113.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 113.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 4.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 4.800** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 263.800** |
|---|---|

Fecha, 24 de febrero de 2021

Yo: ERNELYS EDITH RUIZ MÁRQUEZ

Identificado con C.C: 34.989045

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.975.000

Total a pagar: $ 1.975.000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Ernely Ruiz M

N° de cedula: 34.989.045 De: MONTERIA - CORDOBA

Cel: 3216119910

Dirección: MZ 124 LT 21 ET 13 B/LA PRADERA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **34.989.045**
**RUIZ MARQUEZ**

APELLIDOS
**ERNELY EDITH**

NOMBRES

Ernely Ruiz M.

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **06-JUL-1964**
**MONTERIA**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.65** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**06-JUN-1984 MONTERIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1300100-00317758-F-0034989045-20110729 0027618431A 1 37262151

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14660230588

(415)7707212489984(8020) 000001466023058 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 3 4 9 8 9 0 4 5 | 1 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 34989045 | 1 9 8 4 0 6 0 6 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| RUIZ | MARQUEZ | ERNELY | EDITH |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: MZ 124 LT 21 ET XIII BRR LA PRADERA

42. Correo electrónico: hijadedios60@hotmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 09 - 19

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

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

984. Nombre RUIZ MARQUEZ ERNELY EDITH
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-03-2021 09:20:13AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 34989045 |
| NOMBRE Ó RAZON SOCIAL: | | | ERNELY EDITH RUIZ MARQUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MZ 124 LT 21 ET 3 PRADERA | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | 1-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONÓMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 4381122989 | | TIPO DE PLANILLA: | | | |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (a-a-a/mm/dd): | | | 2021/03/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9994255700 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 77.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 77.600 | $ 0 | $ 77.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 77.600** | **$ 0** | **$ 77.600** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESS027 | ESS027-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 60.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 60.600 | $ 0 | $ 0 | $ 60.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 60.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 60.600** |

**DATOS DEL COTIZANTE**

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 34989045 | RUIZ MARQUEZ ERNELY LUDITH | INDEPEND | | $ 908.526 | | | | NO |

**NOVEDADES**

| ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | MINEDU |
| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 231001-COLFONDOS | 16 | $ 484.548 | $ 77.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 77.600 | ESS027-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 16 | $ 484.548 | $ 60.600 | $ 0 | $ 60.600 | | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 138.200** |

Planilla Pagada
Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 34989045 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ERNELY EDITH RUIZ MARQUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCION: | MZ 124 LT 21 ET 3 PRADERA | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE. | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4381411808 | TIPO DE PLANILLA. | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD. | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/10 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994282520 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 4381122969 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2021/03/09 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | SALDO A FAVOR PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 5.100 | $ 5.100 | $ 0 | $ 0 | $ 5.100 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 5.100 | $ 0 | $ 0 | $ 5.100 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| Nº | DATOS DEL COTIZANTE: IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EN EL EXTERIOR | RESIDENTE EN EL EXTERIOR | NOVEDADES: ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | STP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 34989045 | RUIZ MARQUEZ ERNELY EDITH | INDEPEND | | $ 908.526 | | | NO | 15 | | | | | | A | | | | | | | | | |
| 2 | CC 34989045 | RUIZ MARQUEZ ERNELY EDITH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | NO | 15 | | | | | | C | | | | | | | | | |
| 3 | CC 34989045 | RUIZ MARQUEZ ERNELY EDITH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | NO | 15 | | | | | | R | | | | | | | | | |

| Nº | SEGURIDAD SOCIAL: PENSIÓN ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | PARAFISCALES DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 231001-COLFONDOS | 16 | $ 484.548 | $ 77.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 77.600 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 16 | $ 484.548 | $ 60.600 | $ 0 | $ 60.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | 231001-COLFONDOS | 16 | $ 484.548 | $ 77.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 77.600 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 16 | $ 484.548 | $ 60.600 | $ 0 | $ 60.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 16 | $ 484.548 | 34989045 | $ 5.100 | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | 231001-COLFONDOS | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 0 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 16 | $ 484.548 | 34989045 | $ 5.100 | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 5.100 |
|---|---|

planilla pagada

Fecha, 3 de Marzo

Yo: Yarledy Rocio Escudero Perdomo

Identificado con C.C: 25.872.567

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1'957.000

Total a pagar: $ 1'957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Yarledy Escudero P

N° de cedula: 25872567 De: C de Oro

Cel: 3003372446

Dirección: C de Oro. Calle 3 Kr 19.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.872.567**

**ESCUDERO PERDOMO**
APELLIDOS

**YARLEDY ROCIO**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **10-JUL-1967**
**CIENAGA DE ORO**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.62** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**09-DIC-1985 CIENAGA DE ORO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1301300-43159849-F-0025872567-20070727 **01280** 07208A 02 221314391

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

**001**

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14282233228

(415)7707212489984(8020) 000001428223322 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 5 8 7 2 5 6 7 | 6 | Impuestos y Aduanas de Montería 12 | |

### IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 2 5 8 7 2 5 6 7 | 1 9 8 5 1 2 0 9 |

| Lugar de expedición / 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Córdoba 23 | Ciénaga de Oro 189 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ESCUDERO | PERDOMO | YARLEDY | ROCIO |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

### UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Córdoba 23 | Ciénaga de Oro 189 |

41. Dirección: CL 5 7 17 BRR SAN JOSE

| 42. Correo electrónico: | 43. Apartado aéreo | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| | | 3 1 2 6 0 5 7 9 6 7 | |

### CLASIFICACION

**Actividad económica**

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

### Responsabilidades

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2 | 0 | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 4 0 2 1 4

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante: Yarledy Escudero P.

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: DURANGO ARTEAGA JOSE ALEJANDRO

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 14-02-2014 09:58:14AM

DOCUMENTO SIN VALIDEZ COMERCIAL

Banagrario

ASOPAGOS s.a.

| | |
|---|---|
| RAZON SOCIAL : | YARLEDY ROCIO ESCUDERO PERDOMO |
| IDENTIFICACION: | CC-25872567 |
| COD. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| NOM. DEPENDENCIA O SUCURSAL: | 0 |
| FECHA GENERACION REPORTE: | 2021-03-03 |
| FECHA LIMITE DE PAGO: | 2021-03-15 |
| FECHA DE PAGO: | 2021-03-03 |
| ENTIDAD DE PAGO: | BANCO AGRARIO |
| PERIODO PENSION: | 2021-02 |
| PERIODO SALUD: | 2021-02 |
| NUMERO PLANILLA: | 8611955851 |
| TOTAL COTIZANTES: | 1 |
| REFERENCIA DE PAGO (PIN): | 8611955851 |
| TIPO DE PLANILLA: | I |

| CODIGO ENTIDAD | NIT | NOMBRE | NUMERO AFILIADOS | IBC | FONDO SOLIDARIDAD | FONDO SUBSISTENCIA | TOTAL INTERESES | VALOR PAGAR SIN INTERESES | VALOR PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ESSC07 | 806008394 | EPS-S MUTUAL - MOV | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 113.600 |
| 231001 | 800227940 | COLFONDOS | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 145.400 |
| 14-23 | 860011153 | POSITIVA | 1 | $ 908.526 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 |
| | | | | Total a pagar | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 263.800 | $ 263.800 |

| | |
|---|---|
| FECHA DE PAGO DEL SIGUIENTE MES: | 19/04/2021 |

Fecha, 26 de febrero del año 2021

Yo: Lesly Idalides Leon Agamez

Identificado con C.C: 1.067.850.332

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: _____

N° de cedula: 1067850332 De: _Montería ___

Cel: 3232926119 – 3014749314 _____

Dirección: CL2 B# 12-12 Los Garzones_____

**HOJA DE VIDA DE LESLY IDALIDES LEON AGAMEZ**



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.850.332

LEON AGAMEZ
APELLIDOS

LESLY IDALIDES
NOMBRES

LESLY LEON AGAMEZ
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 08-SEP-1986
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.55 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

06-ABR-2005 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P<1300100<3813902<F<1067850332<20050715 02785051984<02 191935951

# HOJA DE VIDA DE LESLY IDALIDES LEON AGAMEZ

DIAN

**Formulario del Registro Único Tributario**
**Hoja Principal**

MUISCA

**001**

2. Concepto: 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14412547324

(415)7707212489984(8020) 000001441254732 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1067850332 | 1 | Impuestos y Aduanas de Montería | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de identificación: | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquica 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 1067850332 | 2005 04 06 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Córdoba 23 | Montería 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| LEON | AGAMEZ | LESLY | IDALIDES |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Córdoba 23 | Montería 001 |

41. Dirección principal: CL 2 B 12 12 BRR CINCO DE MAYO LOS GARZONES

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| leslyandrea08@hotmail.com | | 3014749314 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: 8299 | 47. Fecha inicio actividad: 2017 04 21 | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código: 3414 | 52. Número establecimientos |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 12- Ventas régimen simplificado

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2017 04 21

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013.

Firma del solicitante:

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

984. Nombre: GAMERO BEDOYA FERNANDO ANTONIO

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 20-09-2018 10:50:48AM

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACION: | 1067850332 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | LESLY IDALIDES LEON AGAMEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CLLE 2 # 12- 12 LOS GARZONES | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4379392741 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/05 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 0904218029 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACION | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |

### TOTAL APORTES A CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR

| CODIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| CCF16 | CCF16-COMFACOR | 1 | $ 18.200 | $ 0 | $ 18.200 |
| SUBTOTALES: | | | $ 18.200 | $ 0 | $ 18.200 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | DIAS | VSP | VST | SLN | CAN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1067850332 | LESLY IDALIDES LEON AGAMEZ | I-INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 1067850332 | $ 9.500 | 30 | $ 908.526 | CCF16-COMFACOR | $ 18.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 286.700 |
|---|---|

Fecha,28 febrero 2021

Yo: ELIANIS MARIA ROMERO PEREZ

Identificado con C.C: 1.233.338.465

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total a pagar: $ 1.957.000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

---

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Elianis Romero Perez

N° de cedula: 1233338465 De: Montería.

Cel: 3016944896.

Dirección: Crazew #17-04.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.233.338.465

ROMERO PEREZ
APELLIDOS

ELIANIS MARIA
NOMBRES

Elianis Romero Perez
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 23-DIC-1996

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA | A+ G.S. RH | F SEXO

02-ENE-2015 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



INDICE DERECHO

P-1300150-00685965-F-1233338465-20150411 0043833400A 1 43229270

DIAN® División de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14342595214

(415)7707212489984(8020) 000001434259521 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 2 3 3 3 3 8 4 6 5 | 1 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

**IDENTIFICACION**

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 1 3 | 1 2 3 3 3 3 8 4 6 5 | 2 0 1 5 0 1 0 2 |

| Lugar de expedición 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ROMERO | PEREZ | ELIANIS | MARIA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

**UBICACION**

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 26 42 A 22 BRR VILLA CARIBE

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| elianisromero23@outlook.com | | 3 0 4 5 3 4 1 2 0 9 | |

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

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

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 12- Ventas régimen simplificado

**Obligados aduaneros**

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI X NO

60. No. de Folios: 1

61. Fecha: 2 0 1 5 0 6 3 0

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre AVILA REYES JHAN EDUARDO
985. Cargo: Gestor II

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 20-09-2018 10:42:23AM

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1233338465 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | ELIANIS MARIA ROMERO PEREZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CLL 29 42 A 22 | TELÉFONO: | 3016944 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Otros trabajos de edición. |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4380423926 | | | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 | | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/05 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994196084 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACION | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 145.400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACION | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 113.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.500** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | RESIDENCIA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1233338465 | ROMERO PEREZ ELIANIS MARIA | INDEPENDIENTE CONTRATISTA PRESTACION DE | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 908.526 | 1233338465 | $ 9.500 | 30 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 268.500** |

Planilla Pagada

Fecha, 28 febrero 2021

Yo: Yanira Cristina Nisperuza Palacio

Identificado con C.C: 50.921.949

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total a pagar: $ 1.957.000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Yanira Nisperuza

N° de cedula: 50.921.949 De: Montería

Cel: 3014565693

Dirección: MZ 139 Lt 14 B/ Castellero

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 50.921.949

NISPERUZA PALACIO
APELLIDOS

YANIRA CRISTINA
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 18-MAR-1978
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

03-FEB-1997 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1300100-43159487-F-0050921949-20070620 05418 07170A 02 208198060

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14325434857

(415)7707212489984(8020) 000001432543485 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5092194 | 8 | Impuestos y Aduanas de Montería 12 | |

**IDENTIFICACION**

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 5092194 | 19970203 |

| Lugar de expedición 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Córdoba 23 | Montería 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| NISPERUZA | PALACIO | YANIRA | CRISTINA |

35. Razón social:

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

**UBICACION**

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Córdoba 23 | Montería 001 |

41. Dirección principal: MZ 139 LT 14 BRR CANTA CLARO

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| yanidasa@hotmail.com | | 3014565693 | |

**CLASIFICACION**

**Actividad económica**

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0010 | 2015 01 27 | | | | | 2313 | |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código: | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

**Obligados aduaneros**

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2015 01 27

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013
Firma del solicitante:

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

984. Nombre ARDILA MATTOS LEONEL
985. Cargo: Gestor II

Fecha generación documento PDF: 28-02-2017 09:12:39AM

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50921949 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YANIRA CRISTINA NISPERUZA PALACIO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | URB LA VICTORIA MZ 2 LOTE 24 | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | 4378189150 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/03/02 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994120358 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 145.400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 113.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 4.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 4.800** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
| 1 | CC 50921949 | NISPERUZA PALACIO YANIRA CRISTINA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PENSIÓN | | | | | | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| | | | | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 231001-COLFONDOS | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 50921949 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|

Planilla Pagada
SOI

Fecha, 26 de febrero 2021

Yo: Juan Emerson Hernández Medrano

Identificado con C.C: 1108760291

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total a pagar: $ 1.957.000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

---

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Juan E Hernández M.
N° de cedula: 1108760291 De: Toluviejo
Cel: 3126935080
Dirección: Sincelejo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.108.760.291**

**HERNANDEZ MEDRANO**
APELLIDOS

**JUAN EMERSON**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-1988**
**SINCELEJO**
**(SUCRE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

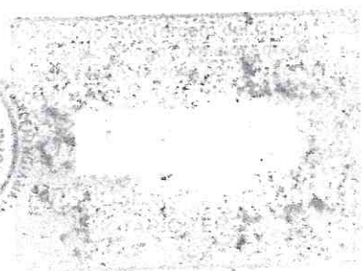
**1.67** ESTATURA
**O+** G.S. RH
**M** SEXO

**29-AGO-2006 TOLUVIEJO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2832000-70166907-M-1108760291-20071210 **00026**07344B 02 209087093



DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

**001**

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14124904199

(415)7707212489984(8020) 000001412490419 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1108760291 | 1 | Impuestos y Aduanas de Sincelejo 23 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 1108760291 | 2006 08 29 |

| Lugar de expedición / 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Sucre 70 | Tolú Viejo 823 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | MEDRANO | JUAN | EMERSON |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Sucre 70 | Corozal 215 |

41. Dirección: CORR DON ALONSO

| 42. Correo electrónico: | 43. Apartado aéreo | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| juanher88@hotmail.com | | 3116576779 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0010 | 2010 04 13 | | | | | | | |

### Responsabilidades

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| ☐ | ☐ |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | ☐ | ☐ | ☐ |
| 58. CPC | | | |

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2010 04 13

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Juan E Hernández

1108760291

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MARTINEZ GARCIA AMINTA

985. Cargo: Gestor III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1108760291 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | JUAN EMERSON HERNANDEZ MEDRANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SINCELEJO | DEPARTAMENTO: | SUCRE |
| DIRECCIÓN: | DON ALONSO | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4381257051 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/03/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1030900797 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145,400 | $ 0 | $ 145,400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145,400 | $ 0 | $ 145,400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC24 | ESSC24-COOSALUD ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113,600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113,600 | $ 0 | $ 0 | $ 113,600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113,600 | $ 0 | $ 0 | $ 113,600 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT. | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1108760291 | HERNANDEZ MEDRANO JUAN EMERSON | | | $ 908,526 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908,526 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145,400 | ESSC24-COOSALUD ESS | 30 | $ 908,526 | $ 113,600 | $ 0 | $ 113,600 | | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 259.000 |
|---|---|

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1108760291 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JUAN EMERSON HERNANDEZ MEDRANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SINCELEJO | DEPARTAMENTO: | SUCRE |
| DIRECCIÓN: | DON ALONSO | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4382962441 | TIPO DE PLANILLA: | | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/03/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 1032431618 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | | 4381257051 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | | 2021/03/09 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC24 | ESSC24-COOSALUD ESS | 1 | $ 0 | | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1108760291 | HERNANDEZ MEDRANO JUAN EMERSON | INDEPEND | | $ 908,526 | | | | NO | 01 | | | | | | A | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908,526 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145,400 | ESSC24-COOSALUD ESS | 30 | $ 908,526 | $ 113,600 | $ 0 | $ 113,600 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1108760291 | HERNANDEZ MEDRANO JUAN EMERSON | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 908,526 | | | | NO | 01 | | | | | | C | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908,526 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145,400 | ESSC24-COOSALUD ESS | 30 | $ 908,526 | $ 113,600 | $ 0 | $ 113,600 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 908,526 | 110876029 | $ 4,800 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1108760291 | HERNANDEZ MEDRANO JUAN EMERSON | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 908,526 | | | | NO | 01 | | | | | | R | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 0 | ESSC24-COOSALUD ESS | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 908,526 | 110876029 | $ 4,800 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 4.800 |
|---|---|

Planilla Pagada
SOI

Fecha, 3 de marzo de 3031

Yo: NAURI PADILLA RAMOS

Identificado con C.C: 34.995.743

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la Democracia, el Desarrollo Social y la Ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $1.957.000

Total a pagar: $ $1.957.000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: _____

N° de cedula: 34.995.743 De: Montería

Cel: 320 688 3881

Dirección: Dg 8 #28.53 Granjas

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 34.995.743
VARILLA RAMOS

APELLIDOS
NAURY DEL PILAR

NOMBRES

FIRMA





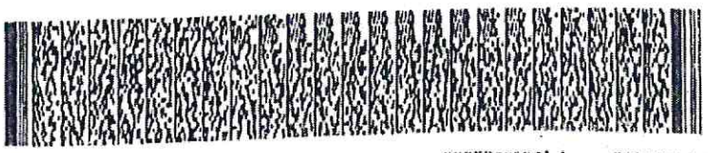
FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1965
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO

17-FEB-1987 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-1300100-00117182-F-0034995743-20081030 0005069697A 1 745000.1214

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario
Hoja Principal

001

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14351270033

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 3 4 9 9 5 7 4 3 — 7

6. DV

12. Dirección seccional

14. Buzón electrónico: 12

## IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida

25. Tipo de documento: 2 Cédula de ciudadanía

26. Número de identificación: 1 3 3 4 9 9 5 7 4 3

27. Fecha expedición: 1 9 8 7 0 2 1 7

28. País: COLOMBIA

29. Departamento: 16 Córdoba

30. Ciudad/Municipio: 23 Montería 001

31. Primer apellido: VARILLA

32. Segundo apellido: RAMOS

33. Primer nombre: NAURY

34. Otros nombres: DEL PILAR

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACION

38. País: COLOMBIA

39. Departamento: 16 Córdoba

40. Ciudad/Municipio: 23 Montería 001

41. Dirección principal: DG 9 7 57 BRR LA GRANJA

42. Correo electrónico: becsra07@hotmail.com

43. Apartado aéreo

44. Teléfono 1

45. Teléfono 2: 3 2 0 6 9 8 3 6 8 1

## CLASIFICACION

### Actividad económica

Actividad principal — 46. Código: 0 0 1 0 — 47. Fecha inicio actividad: 2 0 1 3 0 1 0 7

Actividad secundaria — 48. Código — 49. Fecha inicio actividad

Otras actividades — 50. Código: 1 2

Ocupación — 51. Código

52. Número establecimientos

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 5

05- Impto. renta y compl. régimen ordinario

### Usuarios plusneros

54. Código: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

55. Fecha — 56. Hora

### Expendedores

Servicio: 1 2 3

57. Modo

58. CPU

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 5 0 9 1 7

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y su consecuencia corresponda exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

901 Nombre: GAMERO BEDOYA FERNANDO ANTONIO

935 Cargo: Gestor 1

Fecha generación documento PDF: 2015/09/17 11:02:18PM

Escaneado con CamScanner

Identificación Aportante: 34995743 Fecha Liquidación: 26/02/2021 8:59:06

Imprimir

**Tipo de Planilla:** I - Planilla de Independientes

**Número de Planilla:** 8348892112 .

**Periodo de liquidacion:** Febrero 2021

| Fecha límite de pago (dd/mm/aaaa) | Valor a pagar |
|---|---|
| 10/03/2021 | $ 263.600 |

*Pasada esta fecha se generarán intereses de mora

## Información de la planilla

| | |
|---|---|
| POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS | $ 4.800 |
| Administradora Colombiana de Pensiones - Colpensiones | $ 145.400 |
| Nueva Promotora de Salud - Nueva EPS | $ 113.600 |

## Novedades reportadas

**Ingreso**

Utilice su número de identificación como número de pago sólo en los siguientes puntos:

Banco de Bogotá
Banco AV Villas
Banco de Occidente

Diligencie el formato de recaudo indicado:

- Número de cédula
- Periodo de pago
- Operador de información: miplanilla.com

34995743

(Corresponde al número de identificación)
Periodo Pensión-Salud: Febrero 2021

Aplica para independientes que han pagado el menos uno de los últimos cuatro (4) periodos de manera asistida y si no necesitan presentar novedades.

**PIN para pago en otras entidades**
**Periodo Pensión-Salud: Febrero 2021**

8348892112

(Corresponde al número de planilla)

## Tenga en cuenta

- **Puntos de pago el mismo día de generación de su planilla:** Banco de Bogotá, Banco de Occidente, Punto Vía Baloto, Metro, Jumbo, Red de Cajeros ATH, Almacenes Grupo Éxito.
- **Puntos de pago al día siguiente de generación de su planilla:** Banco AVVillas y RED Cerca.
- Recuerde que si paga sus aportes después de la **hora de cierre de operaciones bancarias** (3:00 p.m.), en horario adicional o durante fines de semana o festivos, el pago se verá reflejado al siguiente día hábil.
- **Información importante:** Con el objetivo de evitar inconsistencias lo invitamos a **confirmar la información reportada** en la planilla antes de realizar el pago, recuerde que una vez pagada cualquier corrección deberá solicitarla directamente con su(s) Administradora(s).

Ir al listado de planillas

Escaneado con CamScanner

Fecha, 28/02/2021

Yo: Julia Maria Arrieta Herrera

Identificado con C.C: 1063719596

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Julia Arrieta

N° de cedula: 1063719596 De: Montelibano

Cel: 310 650 5947

Cra 8A - 6E 28 Barrio Alfonso López



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.063.719.596

ARRIETA HERRERA
APELLIDOS

JULIA MARIA
NOMBRES

JULIA ARRIETA H
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-JUL-1988
SAN BERNARDO DEL VIENTO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.57 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

11-SEP-2006 MOÑITOS
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
ALMABATRIZ SENGIFO LOPEZ

INDICE DERECHO

P-1302700-43155738-F-1063719596-20061227 0361806361A 02 208248423

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14738064358

(415)7702124899841(8020) 000001473806435 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1063719596 | 5 | Impuestos y Aduanas de Montería 12 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 13 | 1063719596 | 2006/09/11 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Córdoba 23 | Montería 500 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| ARRIETA | HERRERA | JULIA | MARIA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Córdoba 23 | Montería 001 |

41. Dirección principal: CR 8 A 6 E 28 BRR ALFONSO LOPEZ

42. Correo electrónico: julimar.20@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3106505947 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 6511 | 2016/11/01 | | | | | 2314 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2021 - 01 - 31 / 14 : 12: 08

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

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

984. Nombre: ARRIETA HERRERA JULIA MARIA
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 31-01-2021 02:14:09PM

ASOPAGOS s.a.

# PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES
## PLANILLA NRO. 8612088350
## REFERENCIA DE PAGO (PIN): 8612088349
## Fecha Pago Planilla: 2021-03-10

PAGADA

| DATOS DEL APORTANTE | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RAZÓN SOCIAL | JULIA MARIA ARRIETA HERRERA | TIPO DE PERSONA | Natural | TIPO DE DOCUMENTO | Cédula de Ciudadanía |
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | 1063719596 | D.V. | 0 | TIPO DE APORTANTE | Independiente |
| DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA | CRA 8 A 6E 28 ALFONSO LOPEZ | DEPARTAMENTO | CORDOBA | MUNICIPIO | MONTERIA |
| ACTIVIDAD ECONÓMICA | 8521 | CORREO ELECTRÓNICO | JULIMAR.20@HOTMAIL.COM | TELÉFONO | 3106505947 |
| FAX | 0 | SUCURSAL | 0 | NOMBRE SUCURSAL | |
| TIPO DE ENTIDAD | Privada | ARL | POSITIVA | Tipo de aportante | Independiente |

| REPRESENTANTE LEGAL | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nro. DE IDENTIFICACIÓN | | PRIMER APELLIDO | | SEGUNDO APELLIDO | |
| PRIMER NOMBRE | | SEGUNDO NOMBRE | | | |

| PERÍODO COTIZACIÓN PENSIÓN | | PERÍODO COTIZACIÓN SALUD | | FORMA DE PRESENTACIÓN |
|---|---|---|---|---|
| Año: 2021 | Mes: 02 | Año: 2021 | Mes: 02 | Único |
| Nro. DE TRABAJADORES | | Vlr. TOTAL NÓMINA | | Nro. DE RADICACIÓN |
| 1 | | $0 | | 8612088350 |

| IDENTIFICACIÓN DEL AFILIADO | | | | | | | | | Salario |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | Tipo Vinculación | Subtipo Cot | Ext no obl | Colombiano ext | Dpto | Mun | Tipo de Salario | Nombres | Salario Básico |
| CC-1063719596 | 59 | No | No | No | 23 | 1 | Salario | ARRIETA HERRERA JULIA MARIA | $908.526 |

| NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | ING | Fecha Ing | RET | Fecha Ret | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | Fecha Nov Vsp | VTE | VST | SLN | Fecha Sln Inicio | Fecha Sln Fin | IGE | Fecha Ige Inicio | Fecha Ige Fin | LMA | Fecha Lma Inicio | Fecha Lma Fin | VAC | Fecha Vac Inicio | Fecha Vac Fin | AVP | VCT | Fecha Vct Inicio | Fecha Vct Fin | IRL | Fecha Irp Inicio | Fecha Irp Fin |
| CC - 1063719596 | X | 2021-02-01 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | |

| SISTEMA GENERAL DE PENSIONES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | AFP | Dias Cotizados | IBC pensión | Tarifa | Cot Obl | Cot Vol Afil | Cot Vol Aport | Total Cot | Fondo Sol | Fondo Subsistencia | Vlr no ret |
| CC - 1063719596 | PORVENIR | 30 | $908.526 | 0.1600000 | $145.400 | $0 | $0 | $145.400 | $0 | $0 | $0 |

| SISTEMA GENERAL DE SALUD | | | | | | | | | | | SISTEMA GENERAL DE RIESGOS PROFESIONALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | EPS | Dias Cot | IBC salud | Tarifa | Cot Obl | UPC Adic | Núm Aut EG | Valor EG | Núm Aut Lic | Valor Lic | Dias Cot | IBC Riesgos | Cód CT | Tarifa | Cot Obl |
| CC - 1063719596 | NUEVA E.P.S. S.A. | 30 | $908.526 | 0.1250000 | $113.600 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | 30 | $908.526 | 90038395 | 0.0104400 | $9.500 |

| APORTES PARAFISCALES | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Identificación | CCF | Días Cot a CCF | IBC Cajas | Tarifa CCF | Aporte CCF | Tarifa SENA | Aporte SENA | Tarifa ICBF | Aporte ICBF | Tarifa ESAP | Aporte ESAP | Tarifa Min Edu | Aporte Min Edu |
| CC-1063719596 | SIN CCF | 0 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 | 0.0000000 | $0 |

TOTALES PARA EL PERÍODO 2021 - 02

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A PENSIÓN POR ADMINISTRADORA

| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR COTIZACIÓN VOL AFIL | VLR COTIZACIÓN VOL APOR | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SOL | VLR APORTE FONDO PENSIÓN SUBS | DÍAS MORA | VLR INTERESES | VLR INTERESES FONDO DE SOLIDARIDAD | VLR INTERESES FONDO DE SUBSISTENCIA | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PORVENIR | 1 | $145.400 | $0 | $0 | $0 | $0 | 0 | $0 | $0 | $0 | $145.400 |

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A SALUD POR ADMINISTRADORA

| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | VLR UPC | AUT. IGE | VLR IGE | AUT. DESC LMA | VLR LMA | VLR NETO APORTES DE COT | DÍAS MORA | VLR INTERESES COT OBL | VLR INTERESES UPC | SUBTOTAL APORTES COT | SUBTOTAL APORTES | RADICACIÓN AUTOLIQ INICIAL | SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR COT OBL | SALDO FAVOR PERÍODO ANTERIOR UPC | TOTAL PAGAR COT OBL | TOTAL PAGAR UPC | FONDO DE SOL SALUD | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NUEVA E.P.S. S.A. | 1 | $113.600 | $0 | 0 | $0 | 0 | $0 | $113.600 | 0 | $0 | $0 | $113.600 | $0 | 0 | $0 | $0 | $113.600 | $0 | $9.100 | $113.600 |

TOTAL APORTES DEL PERÍODO A RIESGOS PROFESIONALES POR ADMINISTRADORA

| ADMINISTRADORA | NÚM AFIL | VLR TOTAL COT OBL | NÚM AUT PAGO INCAPACIDADES | VLR INCAPACIDADES | VLR APORTES PAGADOS A OTROS RIESGOS | VLR NETO APORTES COTIZACIÓN | DÍAS MORA | INT MORA COT OBL | SUBTOTAL APORTES COT | NÚM RAD AUTOLIQUIDACIÓN INICIAL | SALDO A FAVOR PERÍODO ANTERIOR | FONDO SOL RIESGOS PROFESIONALES | TOTAL PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ARL SURA | 1 | $9.500 | 0 | $0 | $0 | $9.500 | 0 | $0 | $9.500 | 0 | $0 | $95 | $9.500 |

TOTAL APORTES PARAFISCALES

| NOMBRE ENTIDAD | NÚM DE AFIL | VLR TOTAL APORTES | DÍAS MORA | INTERESES MORA | TOTAL A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|
| SIN CCF | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| SENA | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| ICBF | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| ESAP | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |
| MinEdu | 0 | $0 | 0 | $0 | $0 |

TOTAL A PAGAR

| CONCEPTO | TOTAL ENTIDADES | VALOR |
|---|---|---|
| SALUD | 1 | $113.600 |
| PENSIONES | 1 | $145.400 |
| RIESGOS PROFESIONALES | 1 | $9.500 |

| CONCEPTO | TOTAL A PAGAR | |
|---|---|---|
| | TOTAL ENTIDADES | VALOR |
| CAJAS DE COMPENSACIÓN | 1 | $0 |
| SENA | 1 | $0 |
| ICBF | 1 | $0 |
| ESAP | 1 | $0 |
| MINISTERIO DE EDUCACIÓN | 1 | $0 |
| GRAN TOTAL | 1 | $268.500 |

Fecha, 28 de febrero del 2021

Yo: Álvaro Javier plaza bertel

Identificado con C.C: 1.067.894.627

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total, a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto, de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Alvaro Javier Plaza Bertel

N° de cedula: 1.067.894.627 De: Montería - Córdoba

Cel: 3006398149

Dirección: Cra 15 a # 35-25 barrio la floresta



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.067.894.627

PLAZA BERTEL
APELLIDOS

ALVARO JAVIER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-JUN-1990

MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.78
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

16-ENE-2009 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1300100-00154751-M-1067894627-20090419 0010851593A 1 28085152

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14539227094

(415)7707212489984(8020) 000001453922709 4

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 7 8 9 4 6 2 7 | 8 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1067894627 | 2009,01,16 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PLAZA | BERTEL | ALVARO | JAVIER |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: MZ 178 LT 5 ET 1 BRR LA PRADERA

42. Correo electrónico: alplave@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3145932396 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Código 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8299 | 2015,10,16 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 27

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

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 02-03-2021 08:00:36PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1067894627 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ALVARO JAVIER PLAZA VERTEL |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CRA 15A N 15-35 FLORESTA | TELÉFONO: | 7885456 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo por |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4380551649 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994201937 |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/05 | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| CÓDIGO | NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |

**DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES**

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1067894627 | PLAZA BERTEL ALVARO JAVIER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES — SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN**

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 |

**SALUD**

| ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 |

**ARP**

| ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|
| 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 106789462 | $ 4.800 |

**PARAFISCALES**

| DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|

Planilla Pagada
Planilla Pagada

Fecha, 26 de febrero 2021

Yo: Juan Emerson Hernández Medrano

Identificado con C.C: 1108760291

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total a pagar: $ 1.957.000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PEDAGOGICO:**

---

**a.** Orientar y acompañar a las madres o padres comunitarios en la construcción del POAI. **b.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y la articulación en favor de la atención integral de niñas y niños. **c.** Liderar el análisis de la caracterización de las madres o padres comunitarios para identificar los aspectos a fortalecer desde lo pedagógico, en coordinación con el profesional psicosocial. **d.** Orientar a las madres y padres comunitarios en la construcción de las planeaciones pedagógicas. **e.** Consolidar las planeaciones pedagógicas y hacer seguimiento al cumplimiento de las acciones para llevar la integralidad al grupo de HCB. **f.** Orientar y acompañar a los HCB en la implementación de estrategias pedagógicas en las planeaciones de las actividades de la Primera Infancia (el juego, la literatura, la exploración del medio y las expresiones artísticas), con el fin de promover el desarrollo integral de niñas y niños. **g.** Implementar y orientar a las madres comunitarias en las planeaciones para que el proyecto pedagógico y los ambientes educativos estén articulados con las acciones que se desarrollen, con las necesidades, particularidades de las niñas y los niños, la realidad sociocultural y sus familias. **h.** Apoyar a la madre o padre comunitario en la construcción, definición e implementación de mecanismos e instrumentos descriptivos que permitan realizar el seguimiento al desarrollo de niñas y niños, que retroalimente las estrategias pedagógicas realizadas y socialice el proceso de desarrollo con las familias, de acuerdo con el Documento 25 de la Serie de Orientaciones Pedagógicas para la educación inicial, en el marco de la atención integral y la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil - Revisada. **i.** Participar y brindar orientaciones respecto a las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Juan E Hernández M.
N° de cedula: 1108760291 De: Toluviejo
Cel: 3126935080
Dirección: Sincelejo

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.108.760.291**

**HERNANDEZ MEDRANO**
APELLIDOS

**JUAN EMERSON**
NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **02-MAR-1988**
**SINCELEJO**
**(SUCRE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

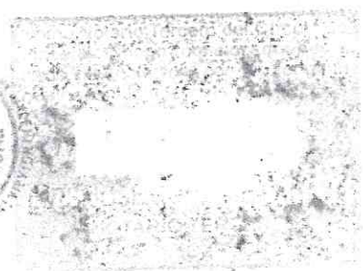
**1.67** ESTATURA
**O+** G.S. RH
**M** SEXO

**29-AGO-2006 TOLUVIEJO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2832000-70166907-M-1108760291-20071210 **00026**07344B 02 209087093



DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

**001**

Espacio reservado para la DIAN

2. Concepto: 01 Inscripción

4. Número de formulario: 14124904199

(415)7707212489984(8020) 000001412490419 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1108760291 | 1 | Impuestos y Aduanas de Sincelejo 23 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 1108760291 | 2006 08 29 |

| Lugar de expedición / 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Sucre 70 | Tolú Viejo 823 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HERNANDEZ | MEDRANO | JUAN | EMERSON |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Sucre 70 | Corozal 215 |

41. Dirección: CORR DON ALONSO

| 42. Correo electrónico: | 43. Apartado aéreo | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| juanher88@hotmail.com | | 3116576779 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: | 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 0010 | 2010 04 13 | | | | | | | |

### Responsabilidades

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Usuarios aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| ☐ | ☐ |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | ☐ | ☐ | ☐ |
| 58. CPC | | | |

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha: 2010 04 13

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponden exactamente a la realidad; por lo anterior, cualquier falsedad en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 15 Decreto 2788 del 31 de Agosto de 2004.

Firma del solicitante:

Juan E Hernández

1108760291

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: MARTINEZ GARCIA AMINTA

985. Cargo: Gestor III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1108760291 |
| NOMBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | JUAN EMERSON HERNANDEZ MEDRANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SINCELEJO | DEPARTAMENTO: | SUCRE |
| DIRECCIÓN: | DON ALONSO | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4381257051 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/03/09 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 1030900797 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145,400 | $ 0 | $ 145,400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145,400 | $ 0 | $ 145,400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC24 | ESSC24-COOSALUD ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113,600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113,600 | $ 0 | $ 0 | $ 113,600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113,600 | $ 0 | $ 0 | $ 113,600 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT. | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT. | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1108760291 | HERNANDEZ MEDRANO JUAN EMERSON | | | $ 908,526 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908,526 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145,400 | ESSC24-COOSALUD ESS | 30 | $ 908,526 | $ 113,600 | $ 0 | $ 113,600 | | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 259.000 |
|---|---|

Planilla Pagada
ach SOI
Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1108760291 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JUAN EMERSON HERNANDEZ MEDRANO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | SINCELEJO | DEPARTAMENTO: | SUCRE |
| DIRECCIÓN: | DON ALONSO | TELÉFONO: | 2222222 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4382962441 | TIPO DE PLANILLA: | | | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/03/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 1032431618 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | | 4381257051 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | | | 2021/03/09 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC24 | ESSC24-COOSALUD ESS | 1 | $ 0 | | $ 0 | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-7 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1108760291 | HERNANDEZ MEDRANO JUAN EMERSON | INDEPEND | | $ 908,526 | | | | NO | 01 | | | | | | A | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908,526 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145,400 | ESSC24-COOSALUD ESS | 30 | $ 908,526 | $ 113,600 | $ 0 | $ 113,600 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | CC 1108760291 | HERNANDEZ MEDRANO JUAN EMERSON | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 908,526 | | | | NO | 01 | | | | | | C | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908,526 | $ 145,400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145,400 | ESSC24-COOSALUD ESS | 30 | $ 908,526 | $ 113,600 | $ 0 | $ 113,600 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 908,526 | 110876029 | $ 4,800 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | CC 1108760291 | HERNANDEZ MEDRANO JUAN EMERSON | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 908,526 | | | | NO | 01 | | | | | | R | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 0 | ESSC24-COOSALUD ESS | 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | 14-7-SEGUROS BOLIVAR S.A. | 30 | $ 908,526 | 110876029 | $ 4,800 | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 4.800 |
|---|---|

Planilla Pagada
SOI

Fecha, 28 DE FEBRERO DE 2021

Yo: EYLEEN RUTH SOTO NIEVES

Identificado con C.C No. 52.055.214 de Bogotá

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería - Córdoba**

Debe la suma de $ UN MILLÓN NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS M/CTE

Total a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PSICOSOCIAL:**

**a.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo en favor de la atención integral de niñas y niños. **b.** Acompañar a las madres o padres comunitarios en el desarrollo de procesos de fomento de la participación de la comunidad. **c.** Apoyar la consolidación de los datos y participar activamente en el análisis de las Fichas de Caracterización Socio familiar, con el fin de planear juntamente con la madre o padre comunitario y la comunidad las acciones dirigidas al trabajo con familias. **d.** Elaborar el análisis de la caracterización y el diagnóstico situacional de los Hogares que tenga a cargo, como punto de partida para construir el POAI, en conjunto con el equipo interdisciplinario. **e.** Liderar la planeación y la implementación, en conjunto con el resto del equipo interdisciplinario y con la madre o padre comunitario, del plan de formación y acompañamiento a las familias. **f.** Realizar encuentros en el hogar con la familia y cuidadores priorizados, a fin de que enriquezcan las prácticas de cuidado y crianza, fortaleciendo a las familias frente a la garantía y exigibilidad de sus derechos (registro civil, vacunación, acceso a servicios de salud y atenciones especializadas cuando se requieran). **g.** Identificar las redes institucionales que trabajen temas de Primera Infancia y promuevan los derechos de niñas y niños. **h.** Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. **i.** Promover y apoyar la construcción, implementación y seguimiento del pacto de convivencia. **j.** Apoyar, en conjunto con los pedagogos, el proceso de seguimiento al desarrollo de niñas y niños a través del análisis de la aplicación de la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil – Revisada y las orientaciones para el seguimiento al desarrollo de niñas y niños que realizan las madres o padres comunitarios.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: _____

N° de cedula: 52.055.214 De: Bogotá

Cel: 3107299935

Dirección: Calle 48 B No. 14 F - 72



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 52.055.214
SOTO NIEVES
APELLIDOS
EYLEEN RUTH
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-MAY-1972
BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
20-MAR-1991 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL

ANO(S) ESTUDIO(S)

A-1500150-00159767 F-035000214 20030820 00127194A 1 2015010

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto: 02 Actualización

4. Número de formulario: 14709000879

(415)7707212489984(8020) 000001470900087 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 2 0 5 5 2 1 4 | 5 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 5 2 0 5 5 2 1 4 | 1 9 9 1 0 3 2 0 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| SOTO | NIEVES | EYLEEN | RUTH |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 48 B 14 F 72 TO FLORENCIA AP 504

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| eysotonieves@gmail.com | | 3 1 0 7 2 9 9 3 5 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2020 - 09 - 08 / 12 : 36: 44

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

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

984. Nombre: SOTO NIEVES EYLEEN RUTH
985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 08-09-2020 12:39:31PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 52055214 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | EYLEEN RUTH SOTO NIEVES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CALL64 #1365 B/LA CASTELLANA | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4379018902 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/02/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9994065741 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 145.400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 113.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.500** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU |
| Nº | IDENTIFICACION | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 52055214 | SOTO EYLEEN RUTH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 908.526 | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | | 230201-PROTECCION | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 908.526 | 52055214 | $ 9.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 268.500 |
|---|---|

Planilla Pagada

OK

Fecha, 25 febrero 2021

Yo: Sandy Milena Guzmán Guerra

Identificado con C.C: 1067.945.545

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería - Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total, a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PSICOSOCIAL:**

**a.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo en favor de la atención integral de niñas y niños. **b.** Acompañar a las madres o padres comunitarios en el desarrollo de procesos de fomento de la participación de la comunidad. **c.** Apoyar la consolidación de los datos y participar activamente en el análisis de las Fichas de Caracterización Socio familiar, con el fin de planear juntamente con la madre o padre comunitario y la comunidad las acciones dirigidas al trabajo con familias. **d.** Elaborar el análisis de la caracterización y el diagnóstico situacional de los Hogares que tenga a cargo, como punto de partida para construir el POAI, en conjunto con el equipo interdisciplinario. **e.** Liderar la planeación y la implementación, en conjunto con el resto del equipo interdisciplinario y con la madre o padre comunitario, del plan de formación y acompañamiento a las familias. **f.** Realizar encuentros en el hogar con la familia y cuidadores priorizados, a fin de que enriquezcan las prácticas de cuidado y crianza, fortaleciendo a las familias frente a la garantía y exigibilidad de sus derechos (registro civil, vacunación, acceso a servicios de salud y atenciones especializadas cuando se requieran). **g.** Identificar las redes institucionales que trabajen temas de Primera Infancia y promuevan los derechos de niñas y niños. **h.** Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. **i.** Promover y apoyar la construcción, implementación y seguimiento del pacto de convivencia. **j.** Apoyar, en conjunto con los pedagogos, el proceso de seguimiento al desarrollo de niñas y niños a través del análisis de la aplicación de la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil – Revisada y las orientaciones para el seguimiento al desarrollo de niñas y niños que realizan las madres o padres comunitarios.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Sandy Guzmán Guerra

N° de cedula: 1067945545 De: Montería

Cel: 3216696657

Dirección: Dig 6#6-43 B/ la granja

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.067.945.545**

**GUZMAN GUERRA**

APELLIDOS

**SANDY MILENA**

NOMBRES

Sandy Guzmán Guerra

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **18-DIC-1995**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.56** | **A+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**08-ENE-2014 MONTERIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1300100-00545127-F-1067945545-20140209 **0037**104440A 1 42092868

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14720699037

(415)7707212489984(8020) 000001472069903 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 7 9 4 5 5 4 5 | 2 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 6 7 9 4 5 5 4 5 | 2 0 1 4 0 1 0 8 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| GUZMAN | GUERRA | SANDY | MILENA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: DG 6 643 BRR LA GRANJA

42. Correo electrónico: SAMIGUGU@HOTMAIL.COM

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

## CLASIFICACIÓN

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

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Exportadores | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 55. Forma | 56. Tipo | Servicio | 1 | 2 | 3 |
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 57. Modo | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 11 - 03 / 17 : 15: 50

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

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

984. Nombre GUZMAN GUERRA SANDY MILENA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| AL: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1067945545 |
| | | | SANDY MILENA GUZMAN GUERRA |
| | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| | DG 6 N 6 43 BRR LA GRANJA | TELÉFONO: | 7800000 |
| | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| ÓN: | ÚNICO | | |
| O PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4378945176 | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/02/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | | 9394059703 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 14 COLPENSIONES | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 8037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| | | | | | | | | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | FSP | | APORTES VOLUNTARIOS | | | | | | | | | | | | | | | | | | CCF | | SENA | ICBF | ESAP | MINEDU |
| TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | ICE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | SUBSISTENCIA | SOLIDARIDAD | EMPLEADOR | EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| I-INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS037-NUEVA EPS | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 106794554 | $ 4.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|

Planilla Pagada

Fecha, 05/03/2021

Yo: DAYANA CAROLINA CAUSIL MONTES

Identificado con C.C: 1071354891 De San Carlos.

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería - Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total, a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PSICOSOCIAL:**

**a.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo en favor de la atención integral de niñas y niños. **b.** Acompañar a las madres o padres comunitarios en el desarrollo de procesos de fomento de la participación de la comunidad. **c.** Apoyar la consolidación de los datos y participar activamente en el análisis de las Fichas de Caracterización Socio familiar, con el fin de planear juntamente con la madre o padre comunitario y la comunidad las acciones dirigidas al trabajo con familias. **d.** Elaborar el análisis de la caracterización y el diagnóstico situacional de los Hogares que tenga a cargo, como punto de partida para construir el POAI, en conjunto con el equipo interdisciplinario. **e.** Liderar la planeación y la implementación, en conjunto con el resto del equipo interdisciplinario y con la madre o padre comunitario, del plan de formación y acompañamiento a las familias. **f.** Realizar encuentros en el hogar con la familia y cuidadores priorizados, a fin de que enriquezcan las prácticas de cuidado y crianza, fortaleciendo a las familias frente a la garantía y exigibilidad de sus derechos (registro civil, vacunación, acceso a servicios de salud y atenciones especializadas cuando se requieran). **g.** Identificar las redes institucionales que trabajen temas de Primera Infancia y promuevan los derechos de niñas y niños. **h.** Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. **i.** Promover y apoyar la construcción, implementación y seguimiento del pacto de convivencia. **j.** Apoyar, en conjunto con los pedagogos, el proceso de seguimiento al desarrollo de niñas y niños a través del análisis de la aplicación de la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil – Revisada y las orientaciones para el seguimiento al desarrollo de niñas y niños que realizan las madres o padres comunitarios.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: _____

N° de cedula: 1071354891 De: San Carlos

Cel: 3002048542

Dirección: Cr 10 # 38-24 B/ Nuevo.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.071.354.891**

**CAUSIL MONTES**

APELLIDOS

**DAYANA CAROLINA**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **04-NOV-1992**

**RIOHACHA**
**(LA GUAJIRA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.58** ESTATURA

**B+** G.S. RH

**F** SEXO

**27-ENE-2011 SAN CARLOS**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1300100-00798121-F-1071354891-20160304 0048817163A 2 7523755356

DIAN
FOR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14733012149

(415)7707212489984(8020) 000001473301214 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 7 1 3 5 4 8 9 1 | 4 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 1 3 5 4 8 9 1 | 2 0 1 1 0 1 2 7 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | San Carlos 6 7 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CAUSIL | MONTES | DAYANA | CAROLINA |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | San Carlos 6 7 8 |

41. Dirección principal: DG 3 TV 6 62

42. Correo electrónico: DAYANACAUSIL2@GMAIL.COM

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 6 2 1 0 0 5 4 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 22 / 12 : 59: 07

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

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

984. Nombre CAUSIL MONTES DAYANA CAROLINA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 22-01-2021 12:59:44PM

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 107135-891 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | DAYANA CAUSIL MONTES |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MONTERIA | TELÉFONO: | 111'111 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadoras, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4380665891 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/05 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 0094212665 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS COTIZANTE | FSP SOLIDARIDAD | FSP SUBSISTENCIA | MORA COTIZACIÓN | MORA FSP | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD VALOR | LICENCIA MATERNIDAD NÚMERO AUTORIZACIÓN | LICENCIA MATERNIDAD VALOR | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | LIQUIDACIÓN UPC | MORA COTIZACIÓN | MORA UPC | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA CÓDIGO | ADMINISTRADORA NOMBRE | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP NÚMERO AUTORIZACIÓN | INCAPACIDAD IRP VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | SALDO A FAVOR PLANILLA | SALDO A FAVOR VALOR | LIQUIDACIÓN COTIZACIÓN | TOTALES APORTES | TOTALES MORA | TOTALES DESCUENTO | TOTALES VALOR PAGADO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

**DATOS DEL COTIZANTE**

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1071354891 | CAUSIL DAYANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO |

**NOVEDADES**

| Nº | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVT | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | |

**SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN**

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 |

**SEGURIDAD SOCIAL – SALUD**

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 |

**SEGURIDAD SOCIAL – ARP**

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 107135489 | $ 4.800 |

**PARAFISCALES**

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 263.800 |
|---|---|

Planilla Pagada

Planilla Pagada

02 /03/2021

Yo: NINI MARGARITA PASTRANA LUNA

Identificado con C.C: 1.063.081.356

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería - Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000 (un millón novecientos cincuenta y siete mil pesos)

Total, a pagar: $ 1.957.000 (un millón novecientos cincuenta y siete mil pesos)

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PSICOSOCIAL:**

**a.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo en favor de la atención integral de niñas y niños. **b.** Acompañar a las madres o padres comunitarios en el desarrollo de procesos de fomento de la participación de la comunidad. **c.** Apoyar la consolidación de los datos y participar activamente en el análisis de las Fichas de Caracterización Socio familiar, con el fin de planear juntamente con la madre o padre comunitario y la comunidad las acciones dirigidas al trabajo con familias. **d.** Elaborar el análisis de la caracterización y el diagnóstico situacional de los Hogares que tenga a cargo, como punto de partida para construir el POAI, en conjunto con el equipo interdisciplinario. **e.** Liderar la planeación y la implementación, en conjunto con el resto del equipo interdisciplinario y con la madre o padre comunitario, del plan de formación y acompañamiento a las familias. **f.** Realizar encuentros en el hogar con la familia y cuidadores priorizados, a fin de que enriquezcan las prácticas de cuidado y crianza, fortaleciendo a las familias frente a la garantía y exigibilidad de sus derechos (registro civil, vacunación, acceso a servicios de salud y atenciones especializadas cuando se requieran). **g.** Identificar las redes institucionales que trabajen temas de Primera Infancia y promuevan los derechos de niñas y niños. **h.** Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. **i.** Promover y apoyar la construcción, implementación y seguimiento del pacto de convivencia. **j.** Apoyar, en conjunto con los pedagogos, el proceso de seguimiento al desarrollo de niñas y niños a través del análisis de la aplicación de la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil – Revisada y las orientaciones para el seguimiento al desarrollo de niñas y niños que realizan las madres o padres comunitarios.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma:

N° de cedula: 1063081356 De: Chimá –Córdoba

Cel.: 3138094778

Dirección: Cra 31 A #35-10 /urbanización mi Refugio



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO 1.063.081.356

PASTRANA LUNA

APELLIDOS

NINI MARGARITA

NOMBRES

Nini Pastrana

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 21-NOV-1993

CHIMA
(CORDOBA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.50 O+ F

ESTATURA G.S. RH SEXO

12-DIC-2011 CHIMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14733061627

(415)7707212489984(8020) 000001473306162 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 3 0 8 1 3 5 6 | 3 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Chimá 1 6 8 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PASTRANA | LUNA | NINI | MARGARITA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal
CR 31 A 3510 BRR MI REFUGIO

42. Correo electrónico ninipastrana@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 7 8 1 5 9 5 7 | 3 1 3 8 0 9 4 7 7 8 |

## CLASIFICACIÓN

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

| Obligados aduaneros | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 01 - 22 / 14 : 01: 44

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

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

984. Nombre PASTRANA LUNA NINI MARGARITA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 22-01-2021 02:06:12P

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1063081356 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | NINI MARGARITA PASTRANA LUNA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 44 CRA 8 B/ LAURELES | TELÉFONO: | 7815957 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4379349879** | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/03/01 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994098118 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 145.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 145.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 113.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 113.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 9.500** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 268.500** |

Febrero 25 de 2021,

Yo: Daniela Vergara Ríos

Identificado con C.C: 1102880251

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería - Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total, a pagar: un millón novecientos cincuenta y siete mil pesos

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PSICOSOCIAL:**

**a.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo en favor de la atención integral de niñas y niños. **b.** Acompañar a las madres o padres comunitarios en el desarrollo de procesos de fomento de la participación de la comunidad. **c.** Apoyar la consolidación de los datos y participar activamente en el análisis de las Fichas de Caracterización Socio familiar, con el fin de planear juntamente con la madre o padre comunitario y la comunidad las acciones dirigidas al trabajo con familias. **d.** Elaborar el análisis de la caracterización y el diagnóstico situacional de los Hogares que tenga a cargo, como punto de partida para construir el POAI, en conjunto con el equipo interdisciplinario. **e.** Liderar la planeación y la implementación, en conjunto con el resto del equipo interdisciplinario y con la madre o padre comunitario, del plan de formación y acompañamiento a las familias. **f.** Realizar encuentros en el hogar con la familia y cuidadores priorizados, a fin de que enriquezcan las prácticas de cuidado y crianza, fortaleciendo a las familias frente a la garantía y exigibilidad de sus derechos (registro civil, vacunación, acceso a servicios de salud y atenciones especializadas cuando se requieran). **g.** Identificar las redes institucionales que trabajen temas de Primera Infancia y promuevan los derechos de niñas y niños. **h.** Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. **i.** Promover y apoyar la construcción, implementación y seguimiento del pacto de convivencia. **j.** Apoyar, en conjunto con los pedagogos, el proceso de seguimiento al desarrollo de niñas y niños a través del análisis de la aplicación de la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil – Revisada y las orientaciones para el seguimiento al desarrollo de niñas y niños que realizan las madres o padres comunitarios.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., *no estoy obligado a expedir factura* de venta.

Firma: _____

N° de cedula: 1102880251 De: Sincelejo, Sucre.

Cel: 3046443228

Dirección: Calle 50 No. 14D-91 Conjunto Portal de Alcalá. Montería- Córdoba.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.102.880.251**

**VERGARA RIOS**
APELLIDOS

**DANIELA**
NOMBRES

Daniela V.R.
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-DIC-1997**

**SINCELEJO**
**(SUCRE)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.68** ESTATURA | **O+** G.S. RH | **F** SEXO

**22-DIC-2015 SINCELEJO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

P-2800100-00781439-F-1102880251-20160105 0047947996A 1 45126853

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14743345077

(415)7707212489984(8020) 000001474334507 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 1 0 2 8 8 0 2 5 1 | 8 | Impuestos y Aduanas de Montería | 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Sucre 7 0 | Sincelejo 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VERGARA | RIOS | DANIELA | |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 50 CR 14 D 91

42. Correo electrónico: danielarios@uninorte.edu.co

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| 2 3 0 0 0 2 | 3 0 4 6 4 4 3 2 2 8 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2021 - 02 - 22 / 19 : 10: 57

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

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

984. Nombre VERGARA RIOS DANIELA
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1102880251 | | VERGARA RIOS DANIELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 23 c # 9-58 | SINCELEJO-SUCRE | 2724743 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 910868514 | 9416716544 | I | 2021/03/11 | 2021/03/03 | NEQUI | 0 | $263,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | Nombre | ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| **SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 | | $263,800 |
| **Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 | | $263,800 |
| Ciudad: SINCELEJO Depto: SUCRE (1 Afiliados) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 | | $263,800 |
| 1 | CC | 1102880251 | VERGARA DANIELA | X | | | | | | | | | | | | | | | | 230201 | 30 | $908,526 | $145,400 | ESSC07 | 30 | $908,526 | $113,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-11 | 30 | $908,526 | $4,800 | 0 | $0 | $0 | No | $263,800 |
| **Total** | | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $4,800 | | $0 | $0 | | $263,800 |


DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1102880251 | | VERGARA RIOS DANIELA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | calle 23 c # 9-58 | SINCELEJO-SUCRE | 2724743 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 910868514 | 9416716544 | I | 2021/03/11 | 2021/03/03 | NEQUI | 0 | $263,800 |


**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| PROTECCION | 230201 | 800,229,739 | 0 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $4,800 | $0 | $0 | $4,800 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $4,800 | $0 | $0 | $4,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| MUTUAL SER | ESSC07 | 806,008,394 | 7 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $263,800 | $0 | $0 | $263,800 |

Fecha, 28 de febrero de 2021

Yo: Luis Javier Humanez Maussa

Identificado con C.C:10776048

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería - Córdoba**

Debe la suma de $ 1957000

Total a pagar: $ 1957000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PSICOSOCIAL:**

**a.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo en favor de la atención integral de niñas y niños. **b.** Acompañar a las madres o padres comunitarios en el desarrollo de procesos de fomento de la participación de la comunidad. **c.** Apoyar la consolidación de los datos y participar activamente en el análisis de las Fichas de Caracterización Socio familiar, con el fin de planear juntamente con la madre o padre comunitario y la comunidad las acciones dirigidas al trabajo con familias. **d.** Elaborar el análisis de la caracterización y el diagnóstico situacional de los Hogares que tenga a cargo, como punto de partida para construir el POAI, en conjunto con el equipo interdisciplinario. **e.** Liderar la planeación y la implementación, en conjunto con el resto del equipo interdisciplinario y con la madre o padre comunitario, del plan de formación y acompañamiento a las familias. **f.** Realizar encuentros en el hogar con la familia y cuidadores priorizados, a fin de que enriquezcan las prácticas de cuidado y crianza, fortaleciendo a las familias frente a la garantía y exigibilidad de sus derechos (registro civil, vacunación, acceso a servicios de salud y atenciones especializadas cuando se requieran). **g.** Identificar las redes institucionales que trabajen temas de Primera Infancia y promuevan los derechos de niñas y niños. **h.** Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. **i.** Promover y apoyar la construcción, implementación y seguimiento del pacto de convivencia. **j.** Apoyar, en conjunto con los pedagogos, el proceso de seguimiento al desarrollo de niñas y niños a través del análisis de la aplicación de la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil – Revisada y las orientaciones para el seguimiento al desarrollo de niñas y niños que realizan las madres o padres comunitarios.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: _____

N° de cedula: 10776048 De: Montería

Cel: 3215713056

Dirección: Calle 43B # 18-13



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 10776048

HUMANEZ MAUSSA
APELLIDOS

LUIS JAVIER
NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 13-FEB-1983
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.58 ESTATURA
AB+ G.S. RH
M SEXO

10-ABR-2001 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
IVAN DUQUE ESCOBAR

INDICE DERECHO

P-1300100-38096181-M-0010776048-20011204 0259201338B 01 109620836

DIAN® Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14587799483

(415)7707212489984(8020) 000001458779948 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 7 7 6 0 4 8 | 1 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 7 7 6 0 4 8 | 2 0 0 1 0 4 1 0 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| HUMANEZ | MAUSSA | LUIS | JAVIER |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: MZ H 1 LT 6 BRR EL ALIVIO

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| lujavier3@hotmail.com | | 7 8 6 6 1 0 8 | 3 2 1 5 7 1 3 0 5 6 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código: | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 6 0 5

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

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 29-01-2020 02:08:24P

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancolombia

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 10776048 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LUIS JAVIER HUMANEZ MAUSSA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CALLE 43 B N 18 - 14 B | TELÉFONO: | 7866108 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **7768647274** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | enero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/02/13 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 788056603 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900336004 | 25-14 | 25-14 - PENSIONES | 1 | $ 140.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 140.500** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 805000427 | EPS016 | EPS016-COOMEVA S.A. | 1 | $ 109.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 109.800** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.200 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 9.200** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 259.500** |

Fecha, Febrero 28 de 2020

Yo: Sandra Toscano Villegas

Identificado con C.C: 50915538 de Montería

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería - Córdoba**

Debe la suma de $ 1957000

Total a pagar: $ 1957000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PSICOSOCIAL:**

**a.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo en favor de la atención integral de niñas y niños. **b.** Acompañar a las madres o padres comunitarios en el desarrollo de procesos de fomento de la participación de la comunidad. **c.** Apoyar la consolidación de los datos y participar activamente en el análisis de las Fichas de Caracterización Socio familiar, con el fin de planear juntamente con la madre o padre comunitario y la comunidad las acciones dirigidas al trabajo con familias. **d.** Elaborar el análisis de la caracterización y el diagnóstico situacional de los Hogares que tenga a cargo, como punto de partida para construir el POAI, en conjunto con el equipo interdisciplinario. **e.** Liderar la planeación y la implementación, en conjunto con el resto del equipo interdisciplinario y con la madre o padre comunitario, del plan de formación y acompañamiento a las familias. **f.** Realizar encuentros en el hogar con la familia y cuidadores priorizados, a fin de que enriquezcan las prácticas de cuidado y crianza, fortaleciendo a las familias frente a la garantía y exigibilidad de sus derechos (registro civil, vacunación, acceso a servicios de salud y atenciones especializadas cuando se requieran). **g.** Identificar las redes institucionales que trabajen temas de Primera Infancia y promuevan los derechos de niñas y niños. **h.** Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. **i.** Promover y apoyar la construcción, implementación y seguimiento del pacto de convivencia. **j.** Apoyar, en conjunto con los pedagogos, el proceso de seguimiento al desarrollo de niñas y niños a través del análisis de la aplicación de la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil – Revisada y las orientaciones para el seguimiento al desarrollo de niñas y niños que realizan las madres o padres comunitarios.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Sandra Toscano Villegas.

N° de cedula: 50915538 De: Montería

Cel: 3116704677

Dirección: MZ 88 Lote 7 #23 B/Bodega.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **50.915.538**
**TOSCANO VILLEGAS**
APELLIDOS
**SANDRA MILENA**
NOMBRES

Sandra Toscano Villegas
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **12-JUL-1977**
**MONTERIA**
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

**03-AGO-1995 MONTERIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1300100-00633877-F-0050915538-20141023 0040564074A 1 7523110230

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

4. Número de formulario 14547106638

(415)7707212489984(8020) 000001454710663 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 0 9 1 5 5 3 8 | 1 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TOSCANO | VILLEGAS | SANDRA | MILENA |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: MZ 88 LT 7 ET 3 BRR LA PRADERA

42. Correo electrónico: toscanosandra8@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 7 8 6 5 1 3 9 | 3 1 4 5 7 7 6 6 2 4 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26

53. Código 4 9

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

54. Código

11 12 13 14 15 16 17 18 19 20

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2019 - 05 - 29

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

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo

Fecha generación documento PDF: 22-01-2021 04:25:56PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

aportes en línea

# Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 50915538 | | TOSCANO VILLEGAS SANDRA MILENA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | manzana 88 lote 7 etapa 3 la pradera | MONTERIA-CORDOBA | 7865139 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Días Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 9417235736 | 9417235736 | I | 2021/03/09 | 2021/03/05 | BANCO BOGOTA | 0 | $268,500 |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $9,500 | $0 | $0 | $9,500 |
| ARL SURA | 14-11 | 890,903,790 | 5 | 1 | $9,500 | $0 | $0 | $9,500 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| SALUD TOTAL | EPS002 | 800,130,907 | 4 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| **TOTAL** | | | | **1** | **$268,500** | **$0** | **$0** | **$268,500** |



2021/03/05 09:56 AM

Fecha, 28 FEBRERO 2021

Yo: MARIA ALEJANDRA CONDE MADRID

Identificado con C.C: 1.140.880.482

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería - Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total a pagar: $ UN MILLON NOVECIENTOS CINCUENTA Y SIETE MIL PESOS MC

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PSICOSOCIAL:**

**a.** Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo en favor de la atención integral de niñas y niños. **b.** Acompañar a las madres o padres comunitarios en el desarrollo de procesos de fomento de la participación de la comunidad. **c.** Apoyar la consolidación de los datos y participar activamente en el análisis de las Fichas de Caracterización Socio familiar, con el fin de planear juntamente con la madre o padre comunitario y la comunidad las acciones dirigidas al trabajo con familias. **d.** Elaborar el análisis de la caracterización y el diagnóstico situacional de los Hogares que tenga a cargo, como punto de partida para construir el POAI, en conjunto con el equipo interdisciplinario. **e.** Liderar la planeación y la implementación, en conjunto con el resto del equipo interdisciplinario y con la madre o padre comunitario, del plan de formación y acompañamiento a las familias. **f.** Realizar encuentros en el hogar con la familia y cuidadores priorizados, a fin de que enriquezcan las prácticas de cuidado y crianza, fortaleciendo a las familias frente a la garantía y exigibilidad de sus derechos (registro civil, vacunación, acceso a servicios de salud y atenciones especializadas cuando se requieran). **g.** Identificar las redes institucionales que trabajen temas de Primera Infancia y promuevan los derechos de niñas y niños. **h.** Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. **i.** Promover y apoyar la construcción, implementación y seguimiento del pacto de convivencia. **j.** Apoyar, en conjunto con los pedagogos, el proceso de seguimiento al desarrollo de niñas y niños a través del análisis de la aplicación de la Escala de Valoración Cualitativa del Desarrollo Infantil – Revisada y las orientaciones para el seguimiento al desarrollo de niñas y niños que realizan las madres o padres comunitarios.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: María Alejandra Conde M

N° de cedula: 1.140.880.482 De: BARRANQUILLA

Cel: 3046466726

Dirección: CRA 8 N 17-58 PLANETA RICA

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.140.880.482

CONDE MADRID

APELLIDOS

MARIA ALEJANDRA

NOMBRES



Maria Alejandra C

FIRMA

REPUBLICA DE COLOMBIA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 28-SEP-1995

BARRANQUILLA
(ATLANTICO)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.67 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

03-OCT-2013 BARRANQUILLA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-0300150-00542594-F-1140880482-20140131 0036967720A 4 41375003

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA

**001**

2. Concepto: 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14513442381

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1 1 4 0 8 8 0 4 8 2 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Montería — 1 2

14. Buzón electrónico:

### IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida: 2 | Cédula de Ciudadanía: 1 3 | 1 1 4 0 8 8 0 4 8 2 | 2 0 1 3 1 0 0 3 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Atlántico: 0 8 | Barranquilla: 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| CONDE | MADRID | MARIA | ALEJANDRA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: — 37. Sigla:

### UBICACION

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA: 1 6 9 | Córdoba: 2 3 | Planeta Rica: 5 5 5 |

41. Dirección principal: CR 8 17 58 BRR CENTRO

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| maleondem@hotmail.com | | 3 0 4 6 4 6 5 7 2 6 | |

### CLASIFICACION

**Actividad económica**

| Actividad principal: 46. Código | 47. Fecha inicio actividad | Actividad secundaria: 48. Código | 49. Fecha inicio actividad | 50. Otras actividades: Código 1 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 5 2 1 | 2 0 1 9 0 1 2 5 | | | | |

**Ocupación**

| 51. Código | 52. Número establecimientos |
|---|---|
| | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

53. Código: 49 - No responsable de IVA

### Delegados aduaneros

| 54. Código | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Bandas | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2 0 1 9 0 5 2 0

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; el error de cualquier denominación o de suspensión, según el caso.
Parágrafo del artículo 1.6.1.2.20 del Decreto 1625 de 2016
Firma del solicitante:

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

964. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA

965. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 22-01-2020 03:53:42PM

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

aportes en línea

# Resumen General de Pago

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1140880482 | | CONDE MADRID MARIA ALEJANDRA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | cra 8 17 58 | PLANETA RICA-CORDOBA | 7765834 | No |

**DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION**

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Limite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 916588341 | 9417289026 | I | 2021/03/18 | 2021/03/08 | BANCOLOMBIA | 0 | $263,800 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombres | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Codigo | Días | IBC | Aporte | Días | IBC | Aporte |
| 1 | CC | 1140880482 | CONDE MADRID MARIA ALEJANDRA | 25-14 | 30 | $908,526 | $145,400 | EPS037 | 30 | $908,526 | $113,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $908,526 | $4,800 | 0 | $0 | $0 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | **$908,526** | **$145,400** | | | **$908,526** | **$113,600** | | | **$0** | **$0** | | | **$908,526** | **$4,800** | | **$0** | **$0** |

**RESUMEN DE PAGO**

| RIESGO | CODIGO | NIT | DV | AFILIADOS | VALOR LIQUIDADO | INTERESES MORA | SALDOS E INCAPACIDADES | VALOR A PAGAR |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| AFP (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| COLPENSIONES | 25-14 | 900,336,004 | 7 | 1 | $145,400 | $0 | $0 | $145,400 |
| ARL (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $4,800 | $0 | $0 | $4,800 |
| POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS | 14-23 | 860,011,153 | 6 | 1 | $4,800 | $0 | $0 | $4,800 |
| EPS (ADMINISTRADORAS: 1) | | | | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| NUEVA E.P.S. | EPS037 | 900,156,264 | 2 | 1 | $113,600 | $0 | $0 | $113,600 |
| TOTAL | | | | 1 | $263,800 | $0 | $0 | $263,800 |



2021/03/08 10:28 AM

Fecha, 28 de febrero de 2021

Yo: **JAIR JOSE YANCES QUIÑONEZ**

Identificado con C.C: 1.136.881.642 de Bogotá

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.761.300=

Total a pagar: $ 1.761.300=

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO PSICOSOCIAL**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la Implementación de la Guia de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa. g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia) k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: JAIR YANCES

N° de cedula: 1136881642 De: Bogotá

Cel: 3016501460

Dirección: Trans 14C #144-69 Montevideo. Montería.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.136.881.642
YANCES QUINONEZ
APELLIDOS
JAIR JOSE
NOMBRES
Jair Yances
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1989
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.75 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
12-SEP-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1300100-00672263-M-1136881642-20150224 0043261415A 4 42256855

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14677039766

(415)7707212489984(8020) 000001467703976 6

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 1 3 6 8 8 1 6 4 2 | 2 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 1 3 6 8 8 1 6 4 2 | 2 0 0 7 0 9 1 2 |

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

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| YANCES | QUIÑONEZ | JAIR | JOSE |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 56 6 87 BRR LA CASTELLANA

42. Correo electrónico: jairyances@hotmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 1 6 5 0 1 4 6 0 | |

## CLASIFICACIÓN

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

## Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

| Obligados aduaneros | Exportadores |
|---|---|
| 54. Código (1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 / 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20) | 55. Forma 56. Tipo Servicio 1 2 3; 57. Modo; 58. CPC |

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2020 - 01 - 08

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

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

984. Nombre YANCES QUIÑONEZ JAIR JOSE
985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 25-01-2021 08:47:04PM

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1136881642 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | JAIR JOSE YANCES QUINONEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CALL53 #687 LA CASTELLANA | TELÉFONO: | 7852463 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4381934207** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/03/23 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994418629 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800229739 | 230201 | 230201- PROTECCION | 1 | $ 145.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 145.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 900156264 | EPS037 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | $ 113.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 113.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 4.800 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 4.800** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 263.800** |

Fecha, 26 DE Febrero del 2021

Yo: LINA ESTHER PEREIRA PATERNINA

Identificado con C.C: 50987457

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1957000

Total a pagar: $ 1957000
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN PSICOSOCIAL**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: _____

N° de cedula: 50987457 De: San Pelayo

Cel: 3006637772

Dirección: Mz 10 lote 10 B/ panamá

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50987457 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LINA ESTHER PEREIRA PATERNINA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MZ 14 LT10 B/ PANAMA | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4382932951** | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES | | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/03/24 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994423492 |

### LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800227940 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 145.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 145.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 806008394 | ESSC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 1 | $ 113.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 113.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 9.500** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL PAGADO:** | **$ 268.500** |

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50987457 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | LINA ESTHER PEREIRA PATERNINA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MZ 14 LT10 B/ PANAMA | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4382932951 | | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 | | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/24 | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 99944234492 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 145.400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 113.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACION | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.500** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| 1 | CC 50987457 | PEREIRA PATERNINA LINA ESTHER | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 50987457 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 268.500 |
|---|---|

Planilla Pagada

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA

**001**

2. Concepto: 13 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14560437853

(415)7707212489984(8020) 000001456043785 3

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 5 0 9 8 7 4 5 7 | 1 | Impuestos y Aduanas de Montería 12 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 5 0 9 8 7 4 5 7 | 2 0 0 3 0 3 1 9 |

| Lugar de expedición / 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Córdoba 23 | San Pelayo 686 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PEREIRA | PATERNINA | LINA | ESTHER |

35. Razón social:

36. Nombre comercial: / 37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Córdoba 23 | Montería 001 |

41. Dirección principal: CL 24 A 3 W 19 URB VILLA REAL

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| lepp6@hotmail.com | | 3126984065 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 7220 | 2008 04 18 | 8299 | 2012 08 03 | | | 4123 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] — 60. No. de Folios: 0 — 61. Fecha: 2019 05 31

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

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

984. Nombre: ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

Fecha generación documento PDF: 31-05-2019 05:26:11AM

DOCUMENTO SIN COSTO CERTIFICADO

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
50.987.457
NUMERO

PEREIRA PATERNINA
APELLIDOS

LINA ESTHER
NOMBRES

Lina Pereira
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 29-DIC-1984
SAN PELAYO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.61 ESTATURA | O+ G.S. RH | F SEXO

19-MAR-2003 SAN PELAYO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMABEATRIZ RENGIFO LOPEZ

P-1305500-38118322-F-0050987457-20030904 01125 03247C 01 136282580

Fecha, 26 de febrero del 2021

Yo: ELIANA PATRICIA PLAZA PERCY

Identificado con C.C: 1.233.340.788

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.492.722

Total a pagar: $ 1.492.722

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN SALUD**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Eliana Plaza

N° de cedula: 1.233.340.788 De: Montería

Cel: 3104061692

Dirección: MZ B Lt 11 La Campiña



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.233.340.788
PLAZA PERCY
APELLIDOS
ELIANA PATRICIA
NOMBRES
Eliana Plaza Percy
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 30-OCT-1997
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.60 O+ F
ESTATURA G.S. RH SEXO
04-DIC-2015 MONTERIA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA
INDICE DERECHO

P-1300150-00789653-F-1233340788-20160217 0048394454A 1 45854814

DIAN®
División de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

Modelo Único de Ingreso, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 02 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14618967385

(415)7707212489984(8020) 000001461896738 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 2 3 3 3 4 0 7 8 8 | 1 | Impuestos y Aduanas de Montería 12 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de ciudadanía 13 | 1 2 3 3 3 4 0 7 8 8 | 2 0 1 5 1 2 0 4 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Córdoba 23 | Montería 001 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| PLAZA | PERCY | ELIANA | PATRICIA |

35. Razón social:

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

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 169 | Córdoba 23 | Montería 001 |

41. Dirección principal
MZ B LT 11 BRR LA CAMPIÑA

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| bebesota_97@hotmail.com | | 3 1 0 6 5 3 2 9 4 3 | 3 1 3 6 9 0 2 5 5 8 |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8621 | 2018 07 31 | | | | | 5341 | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 53. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2019 06 12

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

Eliana Plaza

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

Eliana Plaza

984. Nombre PLAZA PERCY ELIANA PATRICIA

985. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 12-06-2019 08:02:35PM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

| PORTANTE | Razon Social | Clase Apo |
|---|---|---|
| | AZA PERCY ELIANA PATRICIA | INDEPENDIENTE |

LIQUIDACION

| Pago | Clave | Planilla | Tipo | Planilla |
|---|---|---|---|---|
| 7745329 | 9417310915 | | | |

| CODIGO | NIT |
|---|---|
| 25-14 | 900,336,004 |
| 14-23 | 860,011,153 |
| ESSC33 | 804,002,105 |
| : SEGUROS | |

aportes en línea

# Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| Identificación | dv | Razon Social | Clase Aportante | Sucursal Principal | Direccion | Ciudad-Departamento | Teléfono | Exonerado SENA e ICBF |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CC 1233340788 | | PLAZA PERCY ELIANA PATRICIA | INDEPENDIENTE | PRINCIPAL | mzb lote 11 la campiña | MONTERIA-CORDOBA | 7834701 | No |

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

| Periodo | | Clave | | Tipo | Fecha | | Pago | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Pensión | Salud | Pago | Planilla | Planilla | Límite | Pago | Banco | Dias Mora | Valor |
| 2021-02 | 2021-02 | 917745329 | 9417310915 | I | 2021/03/19 | 2021/03/09 | BANCOLOMBIA | 0 | $268,500 |

**LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES**

| EMPLEADO | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | SALUD | | | | CCF | | | | RIESGOS | | | | PARAFISCALES | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Identificación | | Nombre | Ing | ret | tde | tae | tdp | tap | vsp | cor | vst | sln | ige | lma | vac | avp | vct | Irl | vip | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Codigo | Dias | IBC | Aporte | Dias | IBC | Aporte | Exonerado SENA e ICBF | Total Aportes |
| 1 | CC | 1233340788 | PLAZA ELIANA | X | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 | 30 | $908,526 | $145,400 | ESSC33 | 30 | $908,526 | $113,600 | | 0 | $0 | $0 | 14-23 | 30 | $908,526 | $9,500 | 0 | $0 | $0 | No | $268,500 |
| **Total** | **Afiliados( 1)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | $908,526 | $145,400 | | | $908,526 | $113,600 | | | $0 | $0 | | | $908,526 | $9,500 | | $0 | $0 | | $268,500 |



2021/03/09 09:27 AM

Fecha, 28/2/2021

Yo: Yecenia de Jesús Olivera Agamez.

Identificado con C.C: 50933074

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.658.581

Total a pagar: $ 1.568.581
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN SALUD**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Yecenia Olivera Agamez

N° de cedula: _50933074__ De: __Montería__

Cel.: 304 569 10 07 _

Dirección: ___MZ : LT:8 .B/ Villa Rosario.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **50.933.074**

**OLIVERA AGAMEZ**

APELLIDOS

**YECENIA DE JESUS**

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **13-AGO-1979**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**

LUGAR DE NACIMIENTO

| **1.50** | **O+** | **F** |
|---|---|---|
| ESTATURA | G.S. RH | SEXO |

**19-MAR-1999 MONTERIA**

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1300100-00209579-F-0050933074-20100118 **0020**078571A 2 7460605988

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14686119542

(415)7707212489984(8020) 000001468611954 2

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 5093074 | 0 | Impuestos y Aduanas de Montería | 12 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida (2) | Cédula de Ciudadanía (13) | 50933074 | 19990319 |

| Lugar de expedición | 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Córdoba (23) | Montería (001) |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OLIVERA | AGAMEZ | YECENIA | DE JESUS |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA (169) | Córdoba (23) | Montería (001) |

41. Dirección principal: MZ S LT 8 BRR VILLA DEL ROSARIO

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| yeceniaoliveraagamez@gmail.com | | 3045691007 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8299 | 20200303 | | | | | | |

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código: 49 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código: | | | | | | | | | |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [X] NO [ ] | 60. No. de Folios: 1 | 61. Fecha: 20200303

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

Firma del solicitante:

Yecenia Oliveira Agamez

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: PEINADO BALLESTEROS ARGEMIRO LUIS

985. Cargo: Gestor III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 03-03-2020 08:55:51AM

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# RECIBO PARA PAGO

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50933074 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | YECENIA DE JESUS OLIVERA AGAMEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CL S # 8 - 1 MZN S LT 8 VILLA | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4380748124** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |

**INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO**

| FECHA LIMITE DE PAGO | DIAS DE MORA | VALOR DE LA MORA | VALOR POR PAGAR |
|---|---|---|---|
| 2021/06/30 | 0 | $ 0 | $ 268.500 |
| 2021/07/01 | 1 | $ 300 | $ 268.800 |
| 2021/07/02 | 2 | $ 500 | $ 269.000 |
| 2021/07/06 | 6 | $ 1.200 | $ 269.700 |
| 2021/07/07 | 7 | $ 1.400 | $ 269.900 |
| 2021/07/08 | 8 | $ 1.500 | $ 270.000 |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800227940 | 231001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 145.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 145.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 806008394 | ESSC07 | ESSC07-ASOC. MUT. SER EMPRESA SOL. ESS | 1 | $ 113.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 113.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 9.500** |

| **TOTAL POR PAGAR:** | **$ 268.500** |
|---|---|

Fecha, 01-03-2021

Yo: Víctor Fernando Tavera Díaz

Identificado con C.C: 1067888093

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $1.658.581

Total a pagar: $ 1.658.581
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN SALUD**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Victor Tavera Díaz
N° de cedula: 1067888093 De: Montería
Cel: 3134008813
Dirección: Mz B lote 1 proderm

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.067.888.093**

**TAVERA DIAZ**

APELLIDOS

**VICTOR FERNANDO**

NOMBRES



Victor Fernando Tavera Diaz

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **05-JUL-1990**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.72** ESTATURA **A+** G.S. RH **M** SEXO

**09-JUL-2008 MONTERIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1300100-00134591-M-1067888093-20081207 0007614988A 1 28047737

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA — Modelo Único de Ingresos, Servicios y Control Automatizado

**001**

2. Concepto: 01 Inscripción

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14260032401

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 1067888093 — 6. DV: 0

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Montería — 12

14. Buzón electrónico:

### IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida (2) | Cédula de ciudadanía (13) | 1067888093 | 20080709 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 169 | Córdoba (23) | Montería (001) |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| TAVERA | DIAZ | VICTOR | FERNANDO |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

### UBICACION

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA (169) | Córdoba (23) | Montería (001) |

41. Dirección principal: MZ A LT 10 SEC CINCO BRR EL NOGAL

42. Correo electrónico:

43. Código postal:

44. Teléfono 1: 3216991316

45. Teléfono 2:

### CLASIFICACION

**Actividad económica**

| Actividad principal | | Actividad secundaria | | Otras actividades | | Ocupación | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 46. Código: | 47. Fecha inicio actividad: | 48. Código: | 49. Fecha inicio actividad: | 50. Código: 1 | 2 | 51. Código | 52. Número establecimientos |
| 8219 | 20130923 | | | | | 4123 | |

**Responsabilidades, Calidades y Atributos**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código: | 12 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

# 12- Ventas régimen simplificado

**Obligados aduaneros**

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**Exportadores**

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

**Para uso exclusivo de la DIAN**

59. Anexos: SI [X] NO [ ]

60. No. de Folios: 2

61. Fecha: 20130926

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.

Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: ORDOSGOITIA CABALLERO NORMAN RAFAEL

985. Cargo: Gestor I

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha generación documento PDF: 22-09-2017 08:26:45AM

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACION: | CEDULA DE CIUDADANIA | NUMERO DE IDENTIFICACION: | 1067888093 |
| NOMBRE O RAZON SOCIAL: | | | VICTOR FERNANDO TAVERA DIAZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCION: | URB CUNDAMA CASA #57 | TELEFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACION: | UNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NUMERO PLANILLA: | | 4353835740 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES Febrero AÑO | 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES Febrero AÑO | 2021 |
| DÍAS DE MORA | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/03/04 | NUMERO AUTORIZACIÓN: | | 9991756354 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACION | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 145.400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACION | VALOR | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACION | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| CCFC55 | EPS037-NUEVA EPS | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| **SUBTOTALES** | | | | | | | | | | | | | **$ 113.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113.600** |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACION | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACION | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACION | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.500** |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSION | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | EXTRANJERO | COLOMBIANO EN EXTERIOR | RESIDENTE TRABAJANDO | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACION | V+ UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1067888093 | TAVERA DIAZ VICTOR FERNANDO | DEPENDIENTE CONTRATO PRESTACION DE SERVICIOS | | $ 908.503 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.503 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS037-NUEVAEPS | 30 | $ 908.503 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.503 | 1067888093 | $ 9.500 | 30 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 268.500** |

Planilla Pagada

OK

Fecha, 28 de febrero 2021

Yo: KAREN PAOLA ROMERO GOMEZ

Identificado con C.C: 1063143410

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1658581

Total a pagar: $ 1658581

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN SALUD**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Karen Romero Gomez

N° de cedula: 1063143410 De: Tonica

Cel: 3042482182

Dirección: Mz: 13 lot 8 villa Nazaret

TIPO IDENTIFICACIÓN
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL
CIUDAD/MUNICIPIO
DIRECCIÓN
TIPO APORTANTE
TIPO COTIZANTE
FORMA DE PRESENTACIÓN
APORTANTE EXONERADO

| CÓDIGO | SUBTOTALES |
|---|---|
| 238301 | |

| CÓDIGO | SUBTOTALES |
|---|---|
| EPS037 | |

| CÓDIGO | SUBTOTALES |
|---|---|
| 144 | |

| Nº | DESCRIPCIÓN | CC |
|---|---|---|
| 1 | | 1063143410 |

2/03/2021 11:26

OK

Fecha, 25/02/2021

Yo: MARIA CECILIA FERNÀNDEZ MARTINEZ

Identificado con C.C: 1.067.943.463

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.957.000

Total, a pagar: $ 1.957.000

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN SALUD**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: MariaCeciliaFM

N° de cedula: 1.067.943.463 De: Monteria

Cel: 3005695797

Dirección: Cra 10 # 62 A 21

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.067.943.463**

**FERNANDEZ MARTINEZ**

APELLIDOS

**MARIA CECILIA**

NOMBRES

Mcecilia fdez

FIRMA



Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-AGO-1995**

**MONTERIA**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.53**
ESTATURA

**B+**
G.S. RH

**F**
SEXO

**08-OCT-2013 MONTERIA**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
**JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA**

P-1300100-00973492-F-1067943463-20180129 **0059**320348A 1 9903092946

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 1 Inscripción

4. Número de formulario 14714845957

(415)7707212489984(8020) 000001471484595 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 7 9 4 3 4 6 3 | 8 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 6 7 9 4 3 4 6 3 | 2 0 1 3 1 0 0 8 |

| Lugar de expedición | 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|---|
| COLOMBIA | 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| FERNANDEZ | MARTINEZ | MARIA | CECILIA |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: CR 10 62 A 21

42. Correo electrónico: cecyfernandez95@gmail.com

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

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 7 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

47 - Régimen Simple de Tributación - SIM

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 3 61. Fecha 2020 - 10 - 02 / 13 : 46: 16

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

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

984. Nombre FERNANDEZ MARTINEZ MARIA CECILIA
985. Cargo Contribuyente

Fecha generación documento PDF: 19-02-2021 11:17:55AM

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**



Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14714845957

(415)7707212489984(8020) 000001471484595 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 7 9 4 3 4 6 3 | 8 | | |

## Características y formas de las organizaciones

| | | |
|---|---|---|
| 62. Naturaleza | 63. Formas asociativas | 64. Entidades o institutos de derecho público de orden nacional, departamental, municipal y descentralizados |
| 65. Fondos | 66. Cooperativas | 67. Sociedades y organismos extranjeros |
| 68. Sin personería jurídica | 69. Otras organizaciones no clasificadas | 70. Beneficio |

## Constitución, Registro y Última Reforma

| Documento | 1. Constitución | 2. Reforma |
|---|---|---|
| 71. Clase | | |
| 72. Número | | |
| 73. Fecha | | |
| 74. Número de notaría | | |
| 75. Entidad de registro | | |
| 76. Fecha de registro | | |
| 77. No. Matrícula mercantil | | |
| 78. Departamento | | |
| 79. Ciudad/Municipio | | |
| Vigencia | | |
| 80. Desde | | |
| 81. Hasta | | |

## Composición del Capital

82. Nacional ____ %

83. Nacional público ____ %

84. Nacional privado ____ %

85. Extranjero ____ %

86. Extranjero público ____ %

87. Extranjero privado ____ %

## Entidad de vigilancia y control

88. Entidad de vigilancia y control

## Estado y Beneficio

| Item | 89. Estado actual | 90. Fecha cambio de estado | 91. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 92. DV |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 1 0 2 | 2 0 2 0 1 0 0 2 | | - |
| 2 | 1 0 1 | 2 0 2 0 1 0 0 2 | | - |
| 3 | | | | - |
| 4 | | | | - |
| 5 | | | | - |

## Vinculación económica

| 93. Vinculación económica | 94. Nombre del grupo económico y/o empresarial | 95. Número de Identificación Tributaria (NIT) de la Matriz o Controlante | 96. DV. |
|---|---|---|---|
| | | | |

97. Nombre o razón social de la matriz o controlante

| 170. Número de identificación tributaria otorgado en el exterior | 171. País | 172. Número de identificación tributaria sociedad o natural del exterior con EP | |
|---|---|---|---|
| | | | |

173. Nombre o razón social de la sociedad o natural del exterior con EP

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

SOI

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

DAVIVIENDA

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | |
|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA |
| NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1067943463 |
| NOMBRE Ó RAZON SOCIAL: | MARIA CECILIA FERNANDEZ MARTINEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA |
| DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCION: | CRA 10 N 62A 21 |
| TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE |
| CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA |
| ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | |
|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 7780995296 |
| TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 |
| PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/02/18 |
| NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 897016178 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 160.000 | $ 0 | $ 160.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 160.000 | $ 0 | $ 160.000 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 125.000 | $ 0 | $ 0 | $ 125.000 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NUMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPANIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 24.400 | $ 24.400 | $ 0 | $ 0 | $ 24.400 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 24.400 | $ 0 | $ 0 | $ 24.400 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 1067943463 | FERNANDEZ MARIA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 1.000.000 | | | | NO | 01 | | | | | | | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 1.000.000 | $ 160.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 160.000 |

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 1.000.000 | $ 125.000 | $ 0 | $ 125.000 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 1.000.000 | 106794346 | $ 24.400 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 309.400 |
|---|---|

Fecha, 28 de febrero del 2021

Yo: ENITH DEL CARMEN VARGAS BOHORUEZ

Identificado con C.C: 51.953.123

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.658.581

Total, a pagar: Un millón seiscientos cincuenta y ocho mil quinientos ochenta y un peso
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN SALUD**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Enith Vargas

N° de cedula: 51953123 De: Bogotá

Cel: 3145073517

Dirección: K/M 15 Vía P/Dica

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 14250384888

(415)7707212489984(8020) 000001425038488 8

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 5 1 9 5 3 1 2 3 | 2 | Impuestos y Aduanas de Montería | 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| VARGAS | BOHORQUEZ | ENITH | DEL CARMEN |

35. Razón social

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

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: TV 10 30 A 24 BRR CANTA CLARO

42. Correo electrónico

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 1 4 5 0 7 3 5 1 7 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 2 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

20- Obtención NIT

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2013 - 07 - 22

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

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

984. Nombre VERGARA LUGO OSWALDO MANUEL
985. Cargo Facilitador II

Fecha generación documento PDF: 27-02-2021 07:47:14AM

COPIA CERTIFICADO
DOCUMENTO SIN COSTO

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

SOI Pagos de Seguridad Social — Bancoomeva

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 51953123 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ENITH DEL CARMEN VARGAS BOHORQUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MZ 200 LT 8 BR LA UNION | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | 4379927775 | TIPO DE PLANILLA: | N-CORRECCIONES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES febrero AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/03 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994144984 |
| NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 4378899751 | FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA: | 2021/02/25 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 63.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 63.000 | $ 0 | $ 63.000 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | $ 63.000 | $ 0 | $ 63.000 |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 49.200 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 49.200 | $ 0 | $ 0 | $ 49.200 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 49.200 | $ 0 | $ 0 | $ 49.200 |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.600 | $ 9.600 | $ 0 | $ 0 | $ 9.600 |
| SUBTOTALES: | | | | | | | | | $ 9.600 | $ 0 | $ 0 | $ 9.600 |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

DATOS DEL COTIZANTE / NOVEDADES

| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | CC 51953123 | VARGAS ENITH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 908.526 | | | | NO | 14 | | | | | | A | | | | | | | | | | |
| 2 | CC 51953123 | VARGAS ENITH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 908.526 | | | | NO | 01 | | | | | | C | | | | | | | | | | |
| 3 | CC 51953123 | VARGAS ENITH | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 908.526 | | | | NO | 01 | | | | | | R | | | | | | | | | | |

SEGURIDAD SOCIAL — PENSIÓN

| Nº | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 230301-PORVENIR | 17 | $ 514.832 | $ 82.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 82.400 |
| 2 | 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 |
| 3 | 230301-PORVENIR | 13 | $ 393.694 | $ 63.000 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 63.000 |

SEGURIDAD SOCIAL — SALUD / ARP

| Nº | SALUD ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ARP ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | EPS002-SALUD TOTAL | 17 | $ 514.832 | $ 64.400 | $ 0 | $ 64.400 | 14-11 - ARL SURA | 17 | $ 514.832 | 51953123 | $ 12.600 |
| 2 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 908.526 | 51953123 | $ 22.200 |
| 3 | EPS002-SALUD TOTAL | 13 | $ 393.694 | $ 49.200 | $ 0 | $ 49.200 | 14-11 - ARL SURA | 13 | $ 393.694 | 51953123 | $ 9.600 |

PARAFISCALES

| Nº | DÍAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 2 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |
| 3 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 121.800 |
|---|---|

Planilla Pagada

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

| DATOS GENERALES DEL APORTANTE | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 51953123 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ENITH DEL CARMEN VARGAS BOHORQUEZ |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | MZ 200 LT 8 BR LA UNION | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4378899751** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| PERIODO COTIZACIÓN | MES: febrero | PERIODO COTIZACIÓN | | MES: | febrero |
| OTROS SUBSISTEMAS: | AÑO: 2021 | SALUD: | | AÑO: | 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/02/25 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994063924 | |

**LIQUIDACIÓN GENERAL**

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800224808 | 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 82.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 82.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 800130907 | EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | $ 64.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 64.400** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 890903790 | 14-11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | $ 12.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 12.600** |

| **TOTAL PAGADO:** | **$ 159.400** |
|---|---|

Fecha, 26/02/2021

Yo: Robinson Otero Ariza

Identificado con C.C: 1002094560

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.658.581

Total a pagar: $ 1.658.581

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN SALUD**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Robinson Otero A

N° de cedula: 1002094560 De: Corozal (Sucre)

Cel: 3005244269

Dirección: Calle 42 #8-24 B/Los Laureles

Escaneado con CamScanner

# REPUBLICA DE COLOMBIA
## IDENTIFICACION PERSONAL
### CEDULA DE CIUDADANIA

**1.002.094.560**

NUMERO

**OTERO ARIZA**

APELLIDOS

**ROBINSON**

NOMBRES



Robinson Otero

FIRMA

Escaneado con CamScanner



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **22-SEP-1988**

**REPELON**
**(ATLANTICO)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.67**
ESTATURA

**O+**
G.S. RH

**M**
SEXO

**06-DIC-2005 COROZAL**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-2804000-62157381-M-1002094560-20070306 **05329** 07065A 02 235765331

Escaneado con CamScanner

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto [0 1] Inscripción

4. Número de formulario 14748095837

(415)7707212489984(8020) 000001474809583 7

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|---|
| 1 0 0 2 0 9 4 5 6 0 | 4 | Impuestos y Aduanas de Sincelejo | 2 3 | |

## IDENTIFICACIÓN

| 24. Tipo de contribuyente | 25. Tipo de documento | 26. Número de Identificación | 27. Fecha expedición |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 0 2 0 9 4 5 6 0 | 2 0 0 6 1 2 0 6 |

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Sucre 7 0 | Corozal 2 1 5 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| OTERO | ARIZA | ROBINSON | |

35. Razón social

36. Nombre comercial | 37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Sucre 7 0 | Corozal 2 1 5 |

41. Dirección principal: CORR DON ALONSO CL 20 DE JULIO

42. Correo electrónico: renso273@gmail.com

| 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|
| | 3 0 0 5 2 4 4 2 6 9 | |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | |

| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 1 61. Fecha 2021 - 03 - 18 / 11 : 10: 47

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

Firma del solicitante:

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

984. Nombre OLIVA MARTINEZ VICTOR ANTONIO
985. Cargo Gestor II

DOCUMENTO FIRMADO SIN CSIG

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1002094560 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | ROBINSON OTERO ARIZA |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | CRA 8 E NO 11 01 | TELÉFONO: | 7777777 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | **4380522312** | | | TIPO DE PLANILLA: | | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero | AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero | AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | 0 | | | | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | 2021/03/05 | | | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994199236 | | |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 25-14 | 25-14 COLPENSIONES | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 145.400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| ESSC33 | ESSC33-COMPARTA | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 113.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113.600** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-4 | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 4.800 | $ 4.800 | $ 0 | $ 0 | $ 4.800 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 4.800** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 4.800** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | SALUD | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1002094560 | OTERO ARIZA ROBINSON | NDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | 25-14 COLPENSIONES | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | ESSC33-COMPARTA | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A. | 30 | $ 908.526 | 100209456 | $ 4.800 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 263.800** |



Escaneado con CamScanner

Fecha, 28 febrero 2021

Yo: Tatiana burgos

Identificado con C.C: 1.068.664.633

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.658.581

Total a pagar: $ 1.658.581

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN SALUD**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Tatiana burgos Tatiana Burgos V.

N° de cedula: 1.068.664.633 De: Ciénaga de Oro Córdoba

Cel: 300 735 58 82

Dirección: calle 16 7A – 35 B/ Lacharme

DIAN
Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

MUISCA
Modelo Único de Ingresos, Servicio y Control Automatizado

**001**

2. Concepto 1 3 Actualización de oficio

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14585105485

(415)7707212489984(8020) 000001458510548 5

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT): | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 1 0 6 8 6 6 4 6 3 3 | 1 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACION

| 24. Tipo de contribuyente: | 25. Tipo de documento: | 26. Número de Identificación: | 27. Fecha expedición: |
|---|---|---|---|
| Persona natural o sucesión ilíquida 2 | Cédula de Ciudadanía 1 3 | 1 0 6 8 6 6 4 6 3 3 | 2 0 1 0 1 0 1 2 |

| Lugar de expedición / 28. País: | 29. Departamento: | 30. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Cereté 1 6 2 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| BURGOS | VILLADIEGO | TATIANA | MARCELA |

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

| 38. País: | 39. Departamento: | 40. Ciudad/Municipio: |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Ciénaga de Oro 1 8 9 |

41. Dirección principal
CL 4 22 19 BRR SANTA TERESA

| 42. Correo electrónico: | 43. Código postal | 44. Teléfono 1: | 45. Teléfono 2: |
|---|---|---|---|
| tamabuvi@hotmail.com | | 3 0 4 3 5 4 5 3 7 6 | |

## CLASIFICACION

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código: | 4 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| 54. Código: | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |

### Exportadores

| 55. Forma | 56. Tipo |
|---|---|
| | |

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha: 2 0 1 9 0 6 0 4

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

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

984. Nombre ACTUACIÓN DE OFICIO AUTOMÁTICA
985. Cargo:

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.068.664.633
BURGOS VILLADIEGO
APELLIDOS
TATIANA MARCELA
NOMBRES

Tatiana Burgos
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUL-1992
CIENAGA DE ORO
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.59 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
12-OCT-2010 CIENAGA DE ORO
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
INDICE DERECHO
P-1301300-00268258-F-1068664633-20101129 0025040014A 1 35791864



EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT.830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9016974787 DV: 419724

Cajero: YERMOBUS

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 18/03/2021 12:41:59

PS Recaudador:
999466 BUENAVISTA 1

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 1068664633

Nombre: TATIANA
Apellido 1: BORGOS
Apellido 2: NNNN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 7894526
Codigo Planilla: 4382017453
Periodo Pago: 2021/02
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0

| Referencia | Valor |
|---|---|
| 1068664633 | $268.500,00 |

Valor recibido: $268.500,00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendase que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda.. Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# SOPORTE DE PAGO GENERAL

**DATOS GENERALES DEL APORTANTE**

| | | | |
|---|---|---|---|
| TIPO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 1068664633 |
| NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL: | | | TATIANA MARCELA BURGOS VILLADIEGO |
| CIUDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| DIRECCIÓN: | B/ RISARALDA | TELÉFONO: | 7900000 |
| TIPO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| TIPO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y facilitadoras de la act |
| FORMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

**DATOS GENERALES DE LA PLANILLA**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | **4382017453** | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES | febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | 0 | | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | 2021/03/18 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | | 9994378390 |

**TOTAL APORTES A PENSIÓN**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 230301 | 230301-PORVENIR | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | **$ 145.400** | **$ 0** | **$ 145.400** |

**TOTAL APORTES A SALUD**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| EPS002 | EPS002-SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | | | | | **$ 113.600** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 113.600** |

**TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES**

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| **SUBTOTALES:** | | | | | | | | | **$ 9.500** | **$ 0** | **$ 0** | **$ 9.500** |

**LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES**

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº | IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DIAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DIAS COT | IBC | CCF ADMIN | CCF TOTAL APORTE | SENA TOTAL APORTE | ICBF TOTAL APORTE | ESAP TOTAL APORTE | MINEDU TOTAL APORTE |
| 1 | CC 1068664633 | S TATIANA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301-PORVENIR | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 30 | $ 908.526 | 106866463 | $ 9.500 | | $ 0 | | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| | |
|---|---|
| **TOTAL** | **$ 268.500** |

Fecha, Marzo 23 de 2021
Yo: AURA SOFIA COGOLLO VELEZ
Identificado con C.C: 50848009

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

DEBE LA SUMA DE UN MILLÓN SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS ($ 1.658.581)

Total a pagar: UN MILLÓN SEISCIENTOS CINCUENTA Y OCHO MIL QUINIENTOS OCHENTA Y UN PESOS ($ 1.658.581)

LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN SALUD**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: Aura Sofia Cogollo Velez.
N° de cedula: 50848009 De: Cerete
Cel: 3163455682.
Dirección: Kr 17 #8A-41. Cerete

EMPRESA: EFECTIVO LTDA.
NIT 830.131.993-1
Calle 96 No. 12-55 Bogota

ORDEN DE SERVICIO

No OS: 9016971479 DV: 312846

Cajero: CEFRADERO

Cliente beneficiario:
110263 PILA RECAUDO

Fecha: 18/03/2021 12:34:55

PS Recaudador:
900963 CENTRO COMERCIAL ALAMEDA ::

Cantidad cupones: 1

Identificacion: 50848009

Nombre: AURA SOFIA
Apellido 1: COGOLLO
Apellido 2: VELEZ
Tipo Documento: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 0000000000
Codigo Planilla: 4382192883
Periodo Pago: 2021/02
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia 50848009 Valor $268.500.00

Valor recibido: $268.500.00
Forma de pago: EFECTIVO

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Con la solicitud y aceptacion de mi parte, de la prestacion de este servicio, entiendese que manifiesto verbalmente mi autorizacion para el tratamiento de los datos personales que voluntariamente he entregado a Efectivo Ltda.. Estos datos pueden ser utilizados unica y exclusivamente para la prestacion del servicio convenido.
Linea de servicio al cliente: (1) 6510101
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
# RECIBO PARA PAGO

Bancoomeva

## DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| IÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 50848009 |
| N SOCIAL: | | | AURA SOFIA COGOLLO VELEZ |
| D: | CERETE | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| | SANTA TERESA | TELÉFONO: | 7900000 |
| | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Actividades reguladoras y |
| NTACIÓN: | ÚNICO | | |
| IERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

## DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 4382192883 | TIPO DE PLANILLA: | | I-INDEPENDIENTES | |
| IÓN | MES: | febrero | PERIODO COTIZACIÓN | MES: | febrero |
| IAS: | AÑO: | 2021 | SALUD: | AÑO: | 2021 |

## INFORMACIÓN FECHAS DE PAGO

| E PAGO | DIAS DE MORA | VALOR DE LA MORA | VALOR POR PAGAR |
|---|---|---|---|
| | 0 | $ 0 | $ 268.500 |
| | 1 | $ 300 | $ 268.800 |
| | 2 | $ 500 | $ 269.000 |
| | 6 | $ 1.200 | $ 269.700 |
| | 7 | $ 1.400 | $ 269.900 |
| | 8 | $ 1.500 | $ 270.000 |

## LIQUIDACIÓN GENERAL

| | | | TOTALES | |
|---|---|---|---|---|
| | | | COTIZANTES | TOTAL PAGADO |
| **PENSIÓN** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| | NOMBRE | | | |
| 230301 | 230301-PORVENIR | | 1 | $ 145.400 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 145.400** |
| **SALUD** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| | NOMBRE | | | |
| EPS005 | EPS005-SANITAS S.A. | | 1 | $ 113.600 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 113.600** |
| **RIESGOS PROFESIONALES** | | | | |
| ADMINISTRADORA | | | | |
| NIT | CÓDIGO | NOMBRE | | |
| 860011153 | 14-23 | 14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. | 1 | $ 9.500 |
| **SUBTOTAL:** | | | 1 | **$ 9.500** |

| | |
|---|---|
| **TOTAL POR PAGAR:** | **$ 268.500** |

## CERTIFICADO DE PAGO PARA EL COTIZANTE

Bancoomeva

Certificamos que AURA SOFIA con documento CEDULA DE CIUDADANIA 50848009, realizó el pago de aportes a la seguridad social del Señor (a) AURA SOFIA COGOLLO VELEZ con documento CC 50848009, como se detalla a continuación:

| DATOS GENERALES DE LA PLANILLA | | | |
|---|---|---|---|
| Número de Planilla | 4382192883 | Tipo de Planilla | I-INDEPENDIENTES |
| Periodo Cotizado Otros | FEBRERO/2021 | Periodo Cotización Salud | FEBRERO/2021 |
| Fecha Pago | 2021/03/18 | Número de Autorización | 9994378337 |

| APORTES REALIZADOS A SEGURIDAD SOCIAL | | | |
|---|---|---|---|
| PENSIÓN | | Administradora | 230301 - PORVENIR |
| Días | 30 | Tarifa | 16,000 % |
| Indicador tarifa especial | Normal | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| SALUD | | Administradora | EPS005 - SANITAS S.A. |
| Días | 30 | Tarifa | 12,500 % |

| | | | |
|---|---|---|---|
| RIESGOS PROFESIONALES | | Administradora | 14-23 - POSITIVA COMPAÑIA DE |
| Días | 30 | Tarifa | 1,044 % |
| Clase de Riesgo | 2 | | |

Cotizante exonerado pago aportes salud, SENA e ICBF (Reforma Tributaria): NO

Planilla Pagada
Planilla Pagada

**POSITIVA**
**Compañía de Seguros S.A.**
**N.I.T 860.011.153-6**

**CERTIFICA**

Verificada la base de datos del ramo de ARL de la compañía, se identificó que AURA SOFIA COGOLLO VELEZ, con Cédula Ciudadanía No. 50848009 contratista de la empresa FUNDACION PARA EL FOMENTO DE LA DEMOCRACIA EL DESARROLLO SOCIAL Y LA ECOLOGIA, con Nit No. 800205721. Registra como trabajador INDEPENDIENTE con fecha de inicio de cobertura 17/03/2021, para el contrato registrado con fecha desde 01/02/2021 y fecha hasta 30/11/2021, su estado actual de afiliación es ACTIVO y riesgo 2.

Recuerde que una vez cumplida la fecha hasta indicada en el presente certificado, el sistema aplica de forma automática la novedad de retiro, por lo anterior, en caso de tener un nuevo contrato deberá realizar una nueva afiliación para continuar con la cobertura en nuestra ARL.

Para validar la información emitida en este certificado, visite nuestra página web: www.positivaenlinea.gov.co y seleccione la opción 'VALIDAR CERTIFICADOS'. Ingrese el siguiente código (válido por un mes): 202101013261842.

Dada en Bogotá, a los 16 días del mes de marzo de 2021

Luisa Marina Uribe Restrepo
Gerencia de Afiliaciones y Novedades.



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA
NUMERO 50.848.009
COGOLLO VELEZ
APELLIDOS
AURA SOFIA
NOMBRES
FIRMA



INDICE DERECHO
FECHA DE NACIMIENTO 23-ENE-1965
MONTERIA
(CORDOBA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.50 ESTATURA
O+ G.S. RH
F SEXO
26-JUL-1984 CERETE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADORA NACIONAL
A-1500111-42119133-F-0050848009-20040914 02842 042588 02 1522426646

DIAN

# Formulario del Registro Único Tributario
## Hoja Principal

**001**

2. Concepto: 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario: 14357904562

(415)7707212489984(8020) 000001435790456 2

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 5 0 8 4 8 0 0 9 — 8

6. DV

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Montería

14. Buzón electrónico: 1 2

## IDENTIFICACION

24. Tipo de contribuyente: Persona natural o sucesión ilíquida — 2

25. Tipo de documento: Cédula de ciudadanía — 1 3

26. Número de Identificación: 5 0 8 4 8 0 0 9

27. Fecha expedición: 1 9 8 4 0 7 2 6

Lugar de expedición: 28. País: COLOMBIA — 1 6 9

29. Departamento: Córdoba — 2 3

30. Ciudad/Municipio: Cereté — 1 6 2

31. Primer apellido: COGOLLO

32. Segundo apellido: VELEZ

33. Primer nombre: AURA

34. Otros nombres: SOFIA

35. Razón social:

36. Nombre comercial:

37. Sigla:

## UBICACION

38. País: COLOMBIA — 1 6 9

39. Departamento: Córdoba — 2 3

40. Ciudad/Municipio: Cereté — 1 6 2

41. Dirección principal: CL 13 CR 18 13 A 57 BRR VENUS

42. Correo electrónico: aurasofia_65@hotmail.com

43. Apartado aéreo:

44. Teléfono 1: 3 2 0 4 3 4 8 1 3 0

45. Teléfono 2:

## CLASIFICACION

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 1: 2 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18

20- Obtencion NIT

### Usuarios aduaneros

54. Código: 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10

### Exportadores

55. Forma | 56. Tipo

| Servicio | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| 57. Modo | | | |
| 58. CPC | | | |

## Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos: SI [ ] NO [X]

60. No. de Folios: 0

61. Fecha: 2 0 1 5 1 2 0 2

La información contenida en el formulario, será responsabilidad de quien lo suscribe y en consecuencia corresponde exactamente a la realidad, por lo anterior, cualquier falsedad o inexactitud en que incurra podrá ser sancionada.
Artículo 18 Decreto 2460 de Noviembre de 2013

Firma del solicitante:

Aura Sofia Cogollo Velez

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre: LOPEZ ESTRADA JORGE MARIO

985. Cargo: Gestor I

Fecha generación documento PDF: 02-12-2015 10:06:26AM

DOCUMENTO SIN COSTO

Fecha, 28-02-2021

Yo: a

ALBA TERESA MERCADO GALEANO
Identificado con C.C: 25875832

Manifiesto que:

La fundación para el fomento de la democracia, el desarrollo social y la ecología

FUNDESOE

**NIT 800205721-5**

**CRA 23B # 28-19 Barrio San José**

**Montería – Córdoba**

Debe la suma de $ 1.658.581

Total a pagar: $ 1.658.581
LABORADOS: **(PERIODO DE 1 AL 28 DE FEBRERO 2021)**

Por concepto de:

**SERVICIOS PRESTADOS COMO APOYO EN SALUD**

---

a. Establecer una relación con las madres o padres comunitarios que promueva el trabajo en equipo y articulado en favor de la atención integral de niñas y niños. b. Liderar y realizar las gestiones que permitan la implementación de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y activar la ruta para su atención oportuna. c. Elaborar y hacer seguimiento a la implementación de la Guía de Buenas Prácticas de Manufactura BPM para el servicio de alimentación de los Hogares Comunitarios Integrales. d. Diseñar e implementar el plan de capacitación continuo y permanente para garantizar la calidad e inocuidad de los alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación. e. Elaborar los ciclos de menús acordes a la minuta patrón establecida por el ICBF y hacer seguimiento a su aplicación en los HCB Integrales. f. Construir y socializar con el talento humano, rutas de gestión que lleven a la atención oportuna en salud, incluyéndola activación de la ruta en los casos desnutrición aguda, moderada y severa, g. Capacitar y asesorar a las madres o padres comunitarios en la técnica para la toma de medidas antropométricas, realizar la toma de los datos antropométricos, hacer el respectivo seguimiento de las niñas y los niños y diseñar las acciones correspondientes en el marco del sistema de seguimiento nutricional. h. Asesorar a todo el equipo interdisciplinario en los protocolos de activación de las rutas de salud, cuando se requiera. i. Liderar la implementación de acciones de promoción y prevención de la salud, tales como: identificar signos de peligro o alerta en el desarrollo físico de niñas y niños y activar la ruta para su atención oportuna. j. Fomentar la participación de los padres y la comunidad en el proceso de formación de AIEPI comunitario (atención integrada a las enfermedades prevalentes en la infancia). k. Participar en mesas de articulación intersectorial relacionadas con el servicio de HCB Integrales, con el fin de garantizar las atenciones que requieren niñas y niños, según la Ruta Integral de Atenciones. l. Participar en las jornadas de reflexión pedagógica con madres y padres comunitarios, de acuerdo con el área de su competencia. m. Realizar procesos de educación alimentaria y nutricional con las familias beneficiarias, de tal forma que se abarquen temas como lactancia materna, hábitos y estilos de vida saludables, entre otros. n. Estos profesionales se deben articular con las nutricionistas del Centro Zonal y de la Regional.

Declaro voluntariamente y bajo la gravedad de juramento, que pertenezco al Régimen Simplificado, por lo tanto de acuerdo al Art. 42 del Decreto 3541 de 1.983 y al Art. 511 del ET., no estoy obligado a expedir factura de venta.

Firma: ___ALBA TERESA MERCADO GALEANO Alba Mercado Galeano

N° de cedula: ___25875832_____ De: _____CIENAGA DE ORO_____

Cel: ___3013753696_____

Dirección: __VILLA REAL MONTERIA_____

Escaneado con CamS

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **25.875.832**

**MERCADO GALEANO**

APELLIDOS

**ALBA TERESA**

NOMBRES

Alba T. Mercado G.

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **10-DIC-1978**

**CIENAGA DE ORO**
**(CORDOBA)**
LUGAR DE NACIMIENTO

**1.60** ESTATURA | **A+** G.S. RH | **F** SEXO

**05-FEB-1998 CIENAGA DE ORO**
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1301000-00118141-F-0025875832-20081031 0005106404A 1 27983614

# PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
## SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

### DATOS GENERALES DEL APORTANTE

| | | | |
|---|---|---|---|
| PO IDENTIFICACIÓN: | CEDULA DE CIUDADANIA | NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: | 25875832 |
| MBRE O RAZÓN SOCIAL: | | | ALBA TERESA MERCADO GALEANO |
| UDAD/MUNICIPIO: | MONTERIA | DEPARTAMENTO: | CORDOBA |
| RECCIÓN: | BARRIO MADRE BERNARDA | TELÉFONO: | 3111111 |
| PO APORTANTE: | 02-INDEPENDIENTE | CLASE APORTANTE: | I-INDEPENDIENTE |
| PO EMPRESA: | PRIVADA | ACTIVIDAD ECONOMICA: | Comercio al por mayor de computadores, equipo per |
| IRMA DE PRESENTACIÓN: | ÚNICO | | |
| ORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA): | | | NO |

### DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| NÚMERO PLANILLA: | | | 4381412022 | TIPO DE PLANILLA: | I-INDEPENDIENTES |
| PERIODO COTIZACIÓN OTROS | MES | febrero AÑO | 2021 | PERIODO COTIZACIÓN SALUD: | MES febrero AÑO 2021 |
| DÍAS DE MORA: | | | 0 | | |
| FECHA PAGO (aaaa/mm/dd): | | | 2021/03/11 | NÚMERO AUTORIZACIÓN: | 9994300645 |

### TOTAL APORTES A PENSIÓN

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | COTIZACIÓN | APORTES VOLUNTARIOS | | FSP | | MORA | | TOTALES | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | | EMPLEADOR | COTIZANTE | SOLIDARIDAD | SUBSISTENCIA | COTIZACIÓN | FSP | APORTES | MORA | VALOR PAGADO |
| 001 | 231001-COLFONDOS | 1 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |
| TOTALES: | | | | | | | | | | $ 145.400 | $ 0 | $ 145.400 |

### TOTAL APORTES A SALUD

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD POR ENFERMEDAD | | LICENCIA MATERNIDAD | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | | MORA | | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | UPC | COTIZACIÓN | UPC | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 002 | EPS002 SALUD TOTAL | 1 | | $ 0 | | $ 0 | | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |
| TOTALES: | | | | | | | | | | | | | $ 113.600 | $ 0 | $ 0 | $ 113.600 |

### TOTAL APORTES A RIESGOS PROFESIONALES

| ADMINISTRADORA | | No. COTIZANTES | INCAPACIDAD IRP | | | SALDO A FAVOR | | LIQUIDACIÓN | TOTALES | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| CÓDIGO | NOMBRE | | NÚMERO AUTORIZACIÓN | VALOR | PAGO A OTROS RIESGOS | PLANILLA | VALOR | COTIZACIÓN | APORTES | MORA | DESCUENTO | VALOR PAGADO |
| 11 | 14-11 - ARL SURA | 1 | | $ 0 | $ 0 | | $ 0 | $ 9.500 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |
| TOTALES: | | | | | | | | | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 9.500 |

### LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

| DATOS DEL COTIZANTE | | | | | | | | | NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | SEGURIDAD SOCIAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | PARAFISCALES | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICACIÓN | NOMBRES | TIPO COTIZANTE | SUBTIPO COTIZANTE | SALARIO BÁSICO | TIPO DE SALARIO | COLOMBIANO | EXTRANJERO | REFORMA TRIBUTARIA | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | COR | VSP | VST | SLN | COM | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRP | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | | | | | ARP | | | | | | | | CCF | | SENA | | ICBF | | ESAP | | MINEDU | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | FSP SUBSISTENCIA | FSP SOLIDARIDAD | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR | APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO | INDICADOR TARIFA ESPECIAL | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | COTIZACIÓN | Vr UPC | TOTAL APORTE | ADMIN | DÍAS COT | IBC | CENTRO DE TRABAJO | TOTAL APORTE | DÍAS COT | IBC | ADMIN | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE | TOTAL APORTE |
| CC 25875832 | MERCADO GALEANO ALBA TERESA | INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE | | $ 908.526 | | | | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | 231001-COLFONDOS | 30 | $ 908.526 | $ 145.400 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | Normal | $ 145.400 | EPS002-SALUD TOTAL | 30 | $ 908.526 | $ 113.600 | $ 0 | $ 113.600 | 14-11 - ARL SURA | 30 | $ 908.526 | 25875832 | $ 9.500 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 | $ 0 |

| TOTAL | $ 268.500 |
|---|---|

Planilla Pagada SOI Planilla Pagada

DIAN
POR UNA COLOMBIA MÁS HONESTA

# Formulario del Registro Único Tributario

**001**

2. Concepto 0 2 Actualización

Espacio reservado para la DIAN

4. Número de formulario 14691347339

(415)7707212489984(8020) 000001469134733 9

| 5. Número de Identificación Tributaria (NIT) | 6. DV | 12. Dirección seccional | 14. Buzón electrónico |
|---|---|---|---|
| 2 5 8 7 5 8 3 2 | 7 | Impuestos y Aduanas de Montería 1 2 | |

## IDENTIFICACIÓN

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

| Lugar de expedición / 28. País | 29. Departamento | 30. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Ciénaga de Oro 1 8 9 |

| 31. Primer apellido | 32. Segundo apellido | 33. Primer nombre | 34. Otros nombres |
|---|---|---|---|
| MERCADO | GALEANO | ALBA | TERESA |

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

## UBICACIÓN

| 38. País | 39. Departamento | 40. Ciudad/Municipio |
|---|---|---|
| COLOMBIA 1 6 9 | Córdoba 2 3 | Montería 0 0 1 |

41. Dirección principal: CL 22 E 5 W 22 BRR VILLA REAL

| 42. Correo electrónico | 43. Código postal | 44. Teléfono 1 | 45. Teléfono 2 |
|---|---|---|---|
| alme1012@hotmail.com | | 7 8 4 0 7 8 2 | 3 0 1 3 7 5 3 6 9 6 |

## CLASIFICACIÓN

### Actividad económica

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

### Responsabilidades, Calidades y Atributos

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 53. Código | 4 | 9 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

49 - No responsable de IVA

### Obligados aduaneros

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 54. Código | | | | | | | | | | |
| | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |
| | | | | | | | | | | |

### Exportadores

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

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

### Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [X] NO [ ] 60. No. de Folios: 2 61. Fecha 2020 - 05 - 06 / 14 : 51: 44

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

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

984. Nombre BLANCO MONTES JAQUELINE DEL CARMEN
985. Cargo Analista III

DOCUMENTO CERTIFICADO SIN COSTO