Santa Marta, 31 de julio de 2025 **Cuenta de cobro N. 005**

FUNDACIÓN HUMANITARIA CAMINO VERDE

NIT. 47002222025

DEBE A:

ARMINDA CASTILLO GOMEZ

CC No. 56070793

LA SUMA DE: DOS MILLONES QUINIENTOS CUARENTA Y SEIS MIL NOVECIENTOS SETENTA Y CUATRO M/CTE. ($ 2.546.974)

Por concepto de:

-Prestación de servicios en el desarrollo de las funciones establecidas contractualmente en el cargo de AUXILIAR PEDAGOGICO durante el periodo comprendido entre el (1 De julio al 31 de julio del 2025), en el marco del desarrollo del contrato de aporte No.47002222025, suscrito entre el ICBF y FUNDACIÓN HUMANITARIA CAMINO VERDE. Por un valor de $ 2.448.341 M/L.

-Pago de trayectos como (AUXILIAR PEDAGOGICO) en la ciudad de Santa Marta bajo las obligaciones de la ejecución del Contrato de Aporte N° 47002222025. Por un valor de$ 98.633 M/L.

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 1983 y al Art. 511 del E.T., no estoy obligado a expedir factura de venta, de igual manera certifico bajo la gravedad de juramento que los documentos soportes del pago de mis aportes obligatorios al Sistema General de Seguridad Social corresponden a los ingresos provenientes de este contrato, para dar cumplimiento a lo estipulado en el artículo 4 del Decreto 2271 de junio 18 del 2018.Igualmente, manifiesto que acepto la política de datos de la entidad y del Instituto de Bienestar familiar

Atentamente

ARMINDA CASTILLO
CC56070793



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 56.070.793

CASTILLO GOMEZ

APELLIDOS

ARMINDA

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 16-JUL-1967

URIBIA
(LA GUAJIRA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.53 ESTATURA

O+ G.S. RH

F SEXO

30-MAY-1996 URIBIA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-2100100-00404730-F-0056070793-20121013 0031426483A 1 1322056226

DIAN

Formulario de Registro Único Tributario

001

1. Consecutivo: 0 1 2 — Actualización

4. Número de formulario: 141162019102

5. Número de Identificación Tributaria (NIT): 8 6 0 7 5 2 5 6 3 — 6. DV: 3

12. Dirección seccional: Impuestos y Aduanas de Santa Marta

13. Buzón electrónico: 4 6

IDENTIFICACIÓN

22. Tipo de contribuyente	23. Tipo de documento	24. Número de identificación
Persona natural o sucesión ilíquida: 2	Cédula de Ciudadanía: 1 3	1 0 8 0 7 5 2 5 6 3

Lugar de expedición	26. País	27. Departamento	28. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Magdalena: 4 7	Santa Marta: 0 0 1

29. Primer apellido	30. Segundo apellido	31. Primer nombre	32. Otros nombres
CASTILLO	GOMEZ	ARMINDA	

33. Razón social

34. Nombre comercial — 35. Sigla

UBICACIÓN

36. País	37. Departamento	38. Ciudad/Municipio
COLOMBIA: 1 6 9	Magdalena: 4 7	Santa Marta: 0 0 1

39. Dirección seccional: CR 9 CL 148 120 BRR CRISTO REY

40. Correo electrónico: arminda2castillogomez16@gmail.com

42. Código postal: 4 7 0 3 1 — 44. Teléfono 1: 3 1 4 5 5 2 1 6 4 — 45. Teléfono 2: 3 0 2 4 1 3 5 8 2 9

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		Ocupación	
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código 1	2	51. Código	52. Número matrícula mercantil
6 9 1 1	2 0 1 3 1 1 2 0						

Responsabilidades, Calidades y Atributos

53. Código: 2 0

55. Observación RUT:

Usuarios aduaneros

54. Código:

Exportadores

56. Forma — 57. Tipo — Sanción: 1 2 3

58. Modo

59. OFC

IMPORTANTE: En períodos 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

60. Anexos: SI ☐ NO ☒ — 61. No. de Folios: 0

La información suministrada a través del formulario único 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 a que haya lugar, según el caso. Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 de 2016. De igual manera se formulará el traslado en el cual fue informado y acepta el artículo de Tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del declarante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

64. Nombre: CASTILLO GOMEZ ARMINDA

65. Cargo: CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 10-08-2019 07:08:23PM

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	56070793
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ARMINDA CASTILLO GOMEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	SANTA MARTA	DEPARTAMENTO:	MAGDALENA
DIRECCIÓN:	SANTA MARTA	TELÉFONO:	4000000
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:	**4615423153**			TIPO DE PLANILLA:	I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES julio AÑO 2025			PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES julio AÑO 2025
DÍAS DE MORA:	0				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/08/01			NÚMERO AUTORIZACIÓN:	9993508092

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	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 227.800	$ 0	$ 227.800
SUBTOTALES:										**$ 227.800**	**$ 0**	**$ 227.800**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS002	EPS002-SALUD TOTAL	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 178.000	$ 0	$ 0	$ 178.000
SUBTOTALES:													**$ 178.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 178.000**

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	$ 14.900	$ 14.900	$ 0	$ 0	$ 14.900
SUBTOTALES:									**$ 14.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 14.900**

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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	CCF ADMIN	CCF TOTAL APORTE	SENA TOTAL APORTE	ICBF TOTAL APORTE	ESAP TOTAL APORTE	MINEDU TOTAL APORTE
1	CC 56070793	CASTILLO GOMEZ ARMINDA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO																	25-14 COLPENSIONES	30	$ 1.423.500	$ 227.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 227.800	EPS002-SALUD TOTAL	30	$ 1.423.500	$ 178.000	$ 0	$ 178.000	14-23-POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.	30	$ 1.423.500	56070793	$ 14.900		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 420.700

Planilla Pagada