CABILDO MAYOR DEL RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Nit 901.788.315-5
CORR EL RAYO ZN RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Tel: (604) 3106558242
San Pedro De Uraba - Colombia

Documento soporte por compras a sujetos no obligados a facturar
No. DS 383

Proveedor	YUDYS PATRICIA CAUSIL ROMERO		
Nit	32.273.442-1	**Teléfono**	(604) 3113617135 - Ext. 000
Dirección	COMUNIDAD EL POLVILLO	**Ciudad**	San Pedro De Uraba - Colombia

Fecha de compra	Fecha de Vencimiento
2025-04-22	2025-04-30

Ítem	Descripción	Cantidad	Vr. Unitario	Vr. Total
1	Prestador de Servicio	1.00	2,448,341.00	2,448,341.00

Valor en Letras:
Dos millones cuatrocientos cuarenta y ocho mil trescientos cuarenta y un pesos m/cte

Condiciones de Pago:
Crédito proveedores - Cuota No. 001 vence el 2025-04-30 por $ 2,448,341.00

Total Bruto	2,448,341.00
Total a Pagar	2,448,341.00

Observaciones:
PS ABRIL 607 PROPIAD

A este Documento se le aplican las normas relativas del Documento Soporte en adquisidores efectuadas a sujetos no obligados a facturar (Resolución 167 de 30 de diciembre de 2021).
Número Autorización 18764090220210 aprobado en 20250310 prefijo DS desde el número 101 al 10000 Vigencia: Vigencia: 24 meses.

CUDS: e7500d90dec3540270db48c47d7d3360cf6a87d8ca2c35a0fc5e2ed45067f5184a8791dcd870fa3b6bb3fd3c8a244ee3

Elaborado por Siigo S.A.S Nit: 830.048.145-8

Cuenta de Cobro N2

RESGUARDO INDIGENA RIO ALTO SAN JUAN
Nit: 901788315-5

Debe a:

Nombre: YUDYS PATRICIA CASIL ROMERO
Fecha: 1/30/04/2025
Identificación: 32273442
Dirección: San Pedro de Urabá

Número de cuenta: 645665944086
Tipo de cuenta: Ahorro
Banco: Bancolombia

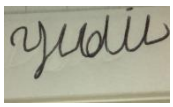
Por concepto de: Prestación servicios en el cargo agente educativo
Valor: $ 2.448.341

Certificado para retenciones 2025

Yo, YUDYS PATRICIA CAUSIL ROMERO, certifico que:
Manifiesto bajo gravedad de Juramento, conforme a los Art 9 y 11 del Decreto 2231 de 2023, que no me tomaré costos y deducciones de dicha renta; por lo tanto, aplicar Tabla del ART 383 ET parágrafo 2; es decir aplicar tabla de retención para asalariados. Pagos superiores a 95UVT

Declaro bajo la gravedad de juramentos que la información consignada en este documento es cierta y puede ser verificada en cualquier momento por la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales DIAN o cualquier ente fiscalizador que así lo requiera. De igual manera, que los documentos aportados del pago de aportes obligatorios al sistema de seguridad social, corresponden a los ingresos provenientes del contrato materia del pago sujeto a retención.

Firma



Nombre Yudys causil romero
Identificación: 32273442

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

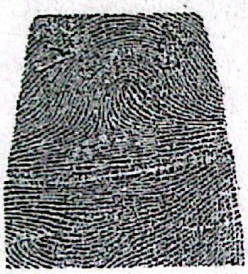
NUMERO **32.273.442**

CAUSIL ROMERO
APELLIDOS

YUDYS PATRICIA
NOMBRES

FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO **11-MAR-1984**

SAN PEDRO DE URABA
(ANTIOQUIA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.48	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

02-OCT-2002 SAN PEDRO DE URABA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-0123700-00428492-F-0032273442-20130319 **0032**544338A 1 38951537

Escaneado con CamScanner

DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141159953177

(415)7707212489984(8020) 000014115995317 7

5. Número de Identificación Tributaria (NIT) 3 2 2 7 3 4 4 2 | 6. DV 1

12. Dirección seccional Impuestos de Medellín

13. 1 1

14. Buzón electrónico

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	32273442

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento		30. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA	1 6 9	Antioquia	0 5	San Pedro de Uraba	6 6 5

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
CAUSIL	ROMERO	YUDYS	PATRICIA

35. Razón social

36. Nombre comercial

37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento		40. Ciudad/Municipio	
COLOMBIA 1 6 9	Antioquia	0 5	San Pedro de Uraba	6 6 5

41. Dirección principal: VDA POLVILLO

42. Correo electrónico: yudyscausil12@gmail.com

43. Código postal

44. Teléfono 1: 3 1 1 3 6 1 7 1 3 5

45. Teléfono 2

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 5 6 0	2 0 1 4 0 2 2 8						2 3 1 3	

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

Usuarios 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

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 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre CAUSIL ROMERO YUDYS PATRICIA

985. Cargo CONTRIBUYENTE

Fecha generación documento PDF: 05-02-2025 11:52:21AM

CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

Escaneado con CamScanner

COOSALUD
En Pos de tu bienestar

COOSALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD S.A
NIT 900.226.715 - 3

CERTIFICA:

El suscrito afliado relacionado a continuación se encuentra o ha estado registrado en la EPS, con los siguientes datos:

Tipo y No. de documento:	CC-32273442
Nombres:	YUDYS PATRICIA
Apellidos:	CAUSIL ROMERO
No. de Carnet:	0FBBBFD71B6B0AF294CB40DB225A6928
Tipo de afiliado:	CABEZA DE FAMILIA
Fecha de afiliación:	
Estado de afiliación:	Activo
Régimen:	Subsidiado
IPS:	
Departamento - Municipio:	ANTIOQUIA-SAN PEDRO DE URABA
Nivel Sisben:	N

OBSERVACIONES:

ESTA CERTIFICACIÓN NO APLICA PARA SERVICIOS MÉDICOS NO VALIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

La anterior certifcación se expide y firma el Sunday, February 16, 2025, a solicitud del interesado y es válida hasta el Sunday, March 16, 2025



CARLOS TORRES SALAZAR
SUBDIRECTOR DE ASEGURAMIENTO NACIONAL

VIGILADO Supersalud

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	32273442
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			YUDYS PATRICIA CAUSIL ROMERO
CIUDAD/MUNICIPIO:	SAN PEDRO DE URABA	DEPARTAMENTO:	ANTIOQUIA
DIRECCIÓN:	EL POLVILLO	TELÉFONO:	9999999
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:		**4598636579**		TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	marzo	AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	marzo	AÑO 2025
DÍAS DE MORA:		0					
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/04/08		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992288756	

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	$ 121.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 121.500	$ 0	$ 121.500
SUBTOTALES:										**$ 121.500**	**$ 0**	**$ 121.500**

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
ESSC24	ESSC24-COOSALUD ESS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 0	$ 94.900	$ 0	$ 0	$ 94.900
SUBTOTALES:													**$ 94.900**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 94.900**

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	$ 8.000	$ 8.000	$ 0	$ 0	$ 8.000
SUBTOTALES:									**$ 8.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 8.000**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE									NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																		PARAFISCALES						
																									PENSIÓN								SALUD					ARP						CCF		SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
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	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
1	CC 32273442	CAUSIL ROMERO YUDYS PATRICIA	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.423.500				NO	15																231001-COLFONDOS	16	$ 759.200	$ 121.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 121.500	ESSC24-COOSALUD ESS	16	$ 759.200	$ 94.900	$ 0	$ 94.900	14-11 - ARL SURA	16	$ 759.200	32273442	$ 8.000		$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 224.400

Certificación
Bancaria

Martes, 04 de febrero de 2025

A quien pueda interesar

Bancolombia S.A. se permite informar que YUDYS PATRICIA CAUSIL ROMERO identificado(a) con CC 32273442, a la fecha de expedición de esta certificación, tiene con el Banco los siguientes productos:

Producto	No. Producto	Fecha Apertura aaaa-mm-dd	Estado	Saldo
Cuenta Ahorros / A la mano	64565944086	2024-04-05	ACTIVO	*****

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.
*Si desea verificar la veracidad de esta información, puede comunicarse con la Sucursal Telefónica Bancolombia a los siguientes números: Medellín - Local: (57-4) 510 90 00 - Bogotá - Local: (57-1) 343 00 00 - Barranquilla - Local: (57-5) 361 88 88 - Cali - Local: (57-2) 554 05 05 Resto del país: 01800 09 12345.Sucursales telefónicas en el exterior: España(34) 900 995 717 - Estados Unidos(1) 1 866 379 97 14.



Catalina Cortés Uribe.
Gerente Servicios Contact Center & BPO.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
BANCOLOMBIA S.A. Establecimiento Bancario.

Bancolombia

Bancolombia nunca solicitará sus datos personales o de sus productos bancarios mediante vínculos de correo electrónico. En caso de recibir alguno, repórtelo de inmediato a correosospechoso@bancolombia.com.co

DECLARACIÓN BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO DE IDONEIDAD, VERACIDAD Y LEGALIDAD DE LA INFORMACIÓN, ASÍ COMO DECLARACIONES ESPECIALES.

Yo Yudis patricia Causil romero Identificado(a) con la cédula de ciudadanía número 32273442 domiciliado en san pedro de Urabá, declaro bajo la gravedad de juramento y acepto que:

1. Bajo la gravedad de juramento manifiesto que me encuentro en óptimo estado de salud para realizar las actividades encomendadas y que no estoy ocultando ninguna enfermedad o dolencia AL CONTRATANTE al momento de firmar el contrato de prestación de servicios y me comprometo a avisar inmediatamente o a más tardar al día siguiente de ocurrido cualquier hecho que menoscabe mi salud, por algún medio AL CONTRATANTE y a reportar cualquier accidente que sufra en función a la PRESTACIÓN DEL SERVICIO para la cual fue contratado.

2. Mediante la presente me comprometo a presentar certificación médica que constata lo anteriormente manifestado a más tardar 15 días de la firma del contrato.

3. En caso de que EL CONTRATISTA tenga alguna anomalía en su salud a la fecha de terminación de este contrato, lo deberá informar por escrito AL CONTRATANTE de no hacerlo se entenderá por parte de EL CONTRATISTA que se encuentra en perfecto estado de salud y sin enfermedades o dolencias.

4. EL CONTRATISTA declara que posee todas las certificaciones de ley para desempeñar el oficio o cargo aquí especificado y que será el único responsable por la falta o incumplimiento de este requisito y se compromete a presentar las certificaciones cuando lo exija EL CONTRATISTA.

5. Así mismo, por medio de este documento, AUTORIZO a la CONTRATANTE para recabar de otras Administraciones Públicas o privadas los datos, certificados e informes necesarios para comprobar la certeza de los datos que figuran en los documentos requeridos para la elección del jefe de control interno, así como sobre la autenticidad de los documentos cuyas copias se aportan, y cualquier otra información que se precise en la tramitación del expediente que se insta.

6. De igual manera bajo la gravedad de juramento EL CONTRATISTA manifiesta que no se encuentro incurso en algún proceso ni esta investigado ni juzgado por delitos sexuales cometidos contra menores de 18 años según la ley 1918 del 2018.

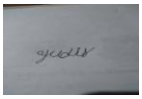
DECLARACIONES ESPECIALES

0. De común acuerdo las partes pactan:

Que, con el ánimo de facilitar el cumplimiento de las obligaciones que tiene el contratante con las entidades a las cuales presta sus servicios, relacionados con la verificación de pago de aportes de seguridad social que realiza el personal contratista, éste autoriza al CONTRATANTE para que realice el trámite del pago de la seguridad social y parafiscales y estos sean deducidos de sus honorarios, sin que esto pueda constituirse en una relación laboral.

0. El contratista autoriza al contratante para realizar el pago de su seguridad social y parafiscales y estos sean deducidos de sus honorarios sin que esto pueda constituirse en una relación laboral.

- Señale con una X EL APORTE VOLUNTARIO ADICIONAL QUE DESEA REALIZAR.
- Aportes voluntarios - CAJA DE COMPENSACION 2%
  -SENA 2%
  - ICBF 3%



FIRMA DEL CONTRATISTA
NOMBRE DEL CONTRATISTA.
Yudis patricia Causil romero

CEDULA:32273442
NOTA INFORMATIVA: El incumplimiento de alguna de las manifestaciones antes expuestas ocasionará la terminación del contrato de prestación de servicios celebrado.