INS. EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA
CALLE 62B #1A9-250  Tel 447 0928  Fax 447 0928  Cod.Postal 760002
NIT 805.009.606-4  SANTIAGO DE CALI



COMPROBANTE DE EGRESO No. CE-004107

Fecha: OCTUBRE 28 de 2025
Pagado a.: OCAMPO CRUZ MARIA ISABEL  NIT: 1143,833,909-4
kRA 46D #52-65  Tel.  - CALI  Codigo: 1143833909
Concepto.: Apoyo a la gestion administrativa  El valor de ...: $2,400,000.00

Forma pago: TRANSFERENCI CA #91280596928 de 07-COLOMBIA  Orden pago: OP -000097

| *---DOCUMENTOS DE REFERENCIA--* | | | *---------- I M P U T A C I O N E S ----------* | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Gr | Documento | Cuo | Vr.Abonado | *---Cuenta----* | *------Descripcion de la Cuenta------* | C.Util | Referenci | *-Tercero-* | *------Valor-----* |
| 51 | FCDS-000218 | 1 | 2,400,000 | 1110050201 | Banco de Bogota 226-355121 REC PROPIOS | | | 1143833909 | 2,400,000.00CR |
| | | | | 240101 | Bienes y servicios | | | 1143833909 | 2,400,000.00 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2,400,000 | Imputacion Contable..... | 2,400,000.00 | 2,400,000.00 |

| ELABORO | Revisado | APROBADO | Recibi conforme |
|---|---|---|---|
| Yessica L. Gomez V. | Maria del Carmen Godoy Ga | Hermilda Ana Molina | |
| Auxiliar Administ | Contador | Rectora | NIT/CC |

## DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA DE VENTA

**SANTIAGO DE CALI, 27 DE OCTUBRE DE 2025**

**Cuenta de cobro No. 7**

**LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA**

**DEBE A:**
**MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ**
**CC 1.143.833.909**

La suma de DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ( $ 2.500.000).

Por concepto de: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA.

Declaro voluntario y bajo la gravedad de juramento de acuerdo al parágrafo 3 del artículo 4 de la Ley de financiamiento 1943 de 2018, el cual modifica el artículo 437 del Estatuto Tributario –ET, no estoy obligado a declarar IVA y no estoy obligado a expedir factura de venta, igualmente certifico que estoy al día en el pago de mis aportes al sistema de seguridad social.

Contrato de prestación de Servicios No. 4143.065.26.05-2025 cuota No. 7 de 9.

Cordialmente,

MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ
C.C. 1.143.833.909
Dirección: carrera 46d # 52 - 65
Tel: 3183555503

| INFORME DE ACTIVIDADES | |
|---|---|
| INFORME N°: | 7 |
| FECHA: | 27 DE OCTUBRE DE 2025 |
| CONTRATO N°: | 4143.065.26.05-2025 |
| NOMBRE COMPLETO DEL CONTRATISTA: | MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ |
| CÉDULA: | 1.143.833.909 DE CALI |
| CONTRATANTE | INSTITIUCIÓN EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA |

OBJETO DEL CONTRATO: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA.

A continuación, presento el informe de actividades en virtud del contrato en referencia en el cual realicé las siguientes actividades durante el mes de octubre de 2025:

1. Brindar apoyo en la gestión documental teniendo en cuenta las normas de archivo de las instituciones publicas. 2. Brindar apoyo en la Secretaria académica en atención al ciudadano cuando se requiera. 3. realizar actualización, reportes y bajas de inventarios ante la SED y en el programa contable ASCII teniendo en cuenta las directrices establecidas para tal fin. 4. Brindar apoyo en la alimentación de la facturación electrónica en el programa contable ASCII. 5. Brindar apoyo en la elaboración de documentos tales como: Pago de la Seguridad social de los proveedores, ausentismo laboral, relación de incapacidades por mes, entre otros. 6. Mantener comunicación con el personal directivo de la institución para solicitud de información o entrega de la misma. 7. Las Demás Actividades relacionadas con el objeto del contrato. b) SON OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE. - 1). Realizar el pago oportunamente y en el término estipulado en el contrato. 2) Realizar el seguimiento al cumplimiento del objeto del contrato a través del funcionario encargado de ejercer las labores de Supervisión, vigilancia y control. 3) Exigir y verificar, por intermedio del funcionario designado para ejercer la vigilancia y control de la ejecución del contrato, el cumplimiento de las obligaciones del contratista frente al pago de los aportes con los sistemas de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y 4) aportes parafiscales. 5) Solicitar el registro presupuestal. 6) Generar los espacios de trabajo requeridos. 7) Suministrar la información requerida (uso confidencial) 8) Presentar disposición permanente frente al trabajo propuesto. 9) Desarrollar y cumplir con las tares de avance asignadas. 10) Suministrar los recursos requeridos para el trabajo. 11) Mantener comunicación permanente con EL CONTRATISTA.

Cordialmente,



**MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ**
**C.C 1.143.833.909 DE CALI**

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1143833909 | MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ | CRA 10 4-44 | 3757758 | MIOC14@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I -- Independiente | | VALLE DEL CAUCA | CALI | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 07/10/2025 | 89955575 | $421.900 | |

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

**TOTALES SALUD**

| Código EPS | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | UPC Adicional | Incapacidades | | Licencia Maternidad | | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora UPC | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | No. Autorización | Valor | No. Autorización | Valor | | | | | |
| EPS012 | Comfenalco Valle EPS | 890303093-5 | 178.000 | 0 | | 0 | | 0 | 4 | 500 | 0 | 178.500 | 1 |

**TOTALES PENSIÓN**

| Código AFP | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Aporte Voluntario Afiliado | Aporte Voluntario Aportante | Aporte FSP - Solidaridad | Aporte FSP - Subsistencia | Días Mora | Valor Mora Cotización | Valor Mora FSP | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 230301 | Porvenir | 800224808-8 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 600 | 0 | 228.400 | 1 |

**TOTALES RIESGOS LABORALES**

| Código ARL | Nombre | NIT | Cotización Obligatoria | Incapacidades | | Aportes Otros Sistemas | Valor Neto Cotización | Días Mora | Valor Mora Cotización | Subtotal Cotización | No. Radicado Saldo a Favor | Valor Saldo a Favor | Fondo Solidaridad | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | No. Autorización | Valor | | | | | | | | | | |
| 14-23 | Positiva Seguros | 860011153-6 | 14.900 | | | | 14.900 | 4 | 100 | 15.000 | | | 149 | 15.000 | 1 |

**TOTALES CAJAS**

| Código CCF | Nombre | NIT | Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

**TOTALES PARAFISCALES**

| Valor Aporte | Días Mora | Valor Mora Aporte | Total a Pagar | No. Afiliados |
|---|---|---|---|---|
| SENA | | | | |
| 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | | | | |
| 0 | 4 | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | | | | |
| | | | | |
| MEN | | | | |
| | | | | |

**TOTALES POR SUBSISTEMA**

| Tipo Administradora | No. Administradoras Reportadas | Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora | Total a Pagar |
|---|---|---|---|
| Salud | 1 | 178.000 | 178.500 |
| Pensión | 1 | 227.800 | 228.400 |
| Riesgos Laborales | 1 | 14.900 | 15.000 |
| CCF | 0 | 0 | 0 |
| ESAP | 0 | 0 | 0 |
| ICBF | 0 | 0 | 0 |
| MEN | 0 | 0 | 0 |
| SENA | 0 | 0 | 0 |
| TOTALES | 3 | 420.700 | 421.900 |

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

# PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES



| DATOS DEL APORTANTE | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| TIPO | NÚMERO | NOMBRE APORTANTE | DIRECCIÓN | TELÉFONO | CORREO | EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD |
| CC | 1143833909 | MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ | CRA 10 4-44 | 3757758 | MIOC14@HOTMAIL.COM | |
| FORMA PRESENTACIÓN | CLASE APORTANTE | NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO | DEPARTAMENTO | CIUDAD / MUNICIPIO | | |
| ÚNICA | I – Independiente | | VALLE DEL CAUCA | CALI | | NO |

| DATOS DE LA PLANILLA | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| PLANILLA ASOCIADA | FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO) | TIPO PLANILLA | FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO) | NÚMERO PLANILLA | CANTIDAD | |
| | | | | | EMPLEADOS | UPC |
| | | | | | 1 | 0 |
| PERIODO SALUD | PERIODO PENSIONES | | | | TOTAL A PAGAR | |
| 2025-09 | 2025-09 | I | 07/10/2025 | 89955575 | $421.900 | |

## DETALLE POR COTIZANTE

| INFORMACIÓN COTIZANTE | | | | | | | | | INFORMACIÓN NOVEDADES | | | | | | | | | | | | | | | | PENSIÓN | | | | | | | SALUD | | | RIESGOS LABORALES | | | | CCF | | | PARAFISCALES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| No. | Tipo | No. de Identificación | Apellidos y Nombres | Cotizante | Subtipo | Extranjero | Colom. exterior | Exonerado | ING | RET | TDE | TAE | TDP | TAP | VSP | VST | SLN | IGE | LMA | VAC | AVP | VCT | IRL | CORRECCIÓN | Cód. AFP | IBC AFP | Cotización | Voluntario Afiliado | Voluntario Aportante | Fondo pensional de solidaridad | Fondo pensional de subsistencia | Cód. EPS | IBC EPS | Cotización / Valor UPC | Cód. ARL | IBC ARL | Clase de Riesgo | Cotización | Código CCF | IBC CCF | Aporte CCF | IBC otros parafiscales | Aporte SENA | Aporte ICBF | Aporte ESAP | Aporte MEN |
| 1 | CC | 1143833909 | OCAMPO CRUZ MARIA ISABEL | 59 | 0 | | | N | | | | | | | | | | | | | | | | | 230301 | 1.423.500 | 227.800 | 0 | 0 | 0 | 0 | EPS012 | 1.423.500 | 178.000 | 14-23 | 1.423.500 | 2 | 14.900 | | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

| ALCALDÍA DE SANTIAGO DE CALI<br>GESTIÓN JURÍDICO ADMINISTRATIVA GESTIÓN CONTRACTUAL | MODELO INTEGRADO DE PLANEACIÓN Y GESTIÓN (MIPG)<br>INFORME DE SUPERVISIÓN DE CONTRATO | MAJA01.04.03.P002.F003 | |
|---|---|---|---|
| | | VERSIÓN | 002 |

## 1. TIPO DE INFORME

INFORME PARCIAL [X] INFORME FINAL [ ]

Cuota Número 7

## 2. ASPECTOS GENERALES DE CONTRATO Y SU EJECUCIÓN

Contrato u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No. 4143.065.26.05-2025.

Nombre del contratista: MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ.

Documento de identificación del Contratista: C.C 1.143.833.909.

Nombre (s) del supervisor (es): YESSICA LIADYD GOMEZ VALDERRAMA.

Organismo: Institución Educativa Celmira Bueno de Orejuela | No. Teléfono: 3102138240

Objeto del contrato u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No.: PRESTAR SERVICIOS DE APOYO A LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA.

## 3. INFORME JURÍDICO

| Fecha de Inicio | Fecha Terminación |
|---|---|
| 1/ABRIL /2025 | 15/DICIEMBRE/2025 |

Modificación al contrato: N/A

Suspensión: N/A

Reanudación: N/A

Cesión: N/A

Terminación anticipada: N/A

## 4. INFORME CONTABLE Y FINANCIERO

Valor inicial del contrato: VEINTIDOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS MCTE ($22.500.000).

Adición: N/A

Prórroga: N/A

Resumen contable y financiero:

| Valor Total del Contrato | Valor Cuota a Cancelar | Valor Acumulado Cancelado | Saldo por Cancelar |
|---|---|---|---|
| $ 22.500.000 | $ 2.500.000 | $ 15.000.000 | $ 5.000.000 |

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL

PERSONA JURÍDICA:
FECHA DE CERTIFICACIÓN: _____
La certificación será expedida por el Revisor Fiscal o por Representante Legal de acuerdo a los requerimientos de Ley.

PERSONA NATURAL:
Datos Certificación o Planilla de Pago de persona Natural
No. Planilla: 89955575
No. PIN, Autorización, Referencia, Pago: 89955575
Operador: MIPLANILLA
Fecha de Pago: 07/10/2025
Periodo de pago de la seguridad social: septiembre 2025

Observaciones al informe contable y financiero: Este informe de supervisión corresponde a las actividades realizadas por la contratista hasta la fecha, es decir cuota parcial 7.

## 5. INFORME TÉCNICO

RECIBO A SATISFACCIÓN DE BIENES Y/O SERVICIOS:

Se recibe a entera satisfacción de SANTIAGO DE CALI DISTRITO ESPECIAL los bienes y/o servicios con base en las condiciones establecidas en el Contrato u Orden de compra y/o servicio o Aceptación de oferta No. 4143.065.26.05-2025 y que a continuación se describen:

1. Brindar apoyo en la gestión documental teniendo en cuenta las normas de archivo de las instituciones publicas. 2. Brindar apoyo en la Secretaria académica en atención al ciudadano cuando se requiera. 3. realizar actualización, reportes y bajas de inventarios ante la SED y en el programa contable ASCII teniendo en cuenta las directrices establecidas para tal fin. 4. Brindar apoyo en la alimentación de la facturación electrónica en el programa contable ASCII. 5. Brindar apoyo en la elaboración de documentos tales como: Pago de la Seguridad social de los proveedores, ausentismo laboral, relación de incapacidades por mes, entre otros. 6. Mantener comunicación con el personal directivo de la institución para solicitud de información o entrega de la misma. 7. Las Demás Actividades relacionadas con el objeto del contrato. b) SON OBLIGACIONES DEL CONTRATANTE. - 1). Realizar el pago oportunamente y en el término estipulado en el contrato. 2) Realizar el seguimiento al cumplimiento del objeto del contrato a través del funcionario encargado de ejercer las labores de Supervisión, vigilancia y control. 3) Exigir y verificar, por intermedio del funcionario designado para ejercer la vigilancia y control de la ejecución del contrato, el cumplimiento de las obligaciones del contratista frente al pago de los aportes con los sistemas de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y 4) aportes parafiscales. 5) Solicitar el registro presupuestal. 6) Generar los espacios de trabajo

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

requeridos. 7) Suministrar la información requerida (uso confidencial) 8) Presentar disposición permanente frente al trabajo propuesto. 9) Desarrollar y cumplir con las tares de avance asignadas. 10) Suministrar los recursos requeridos para el trabajo. 11) Mantener comunicación permanente con EL CONTRATISTA.

OBSERVACIONES AL INFORME TÉCNICO: Ninguna

## 6. RECOMENDACIONES PARA EL CONTRATISTA

NO SE REPORTAN RECOMENDACIONES PARA ESTE PERIODO.

## 7. FIRMAS RESPONSABLES

YESSICA LIADYD GOMEZ VALDERRAMA
Supervisora

Fecha de suscripción del informe de supervisión: Santiago de Cali, 27 de octubre de 2025

Este documento es propiedad de la Administración Central del Distrito de Santiago de Cali. Prohibida su alteración o modificación por cualquier medio, sin previa autorización del Alcalde.

**Santiago de Cali, 27 de octubre de 2025**

Señores:
**Institución Educativa Celmira Bueno de Orejuela**
Ciudad

Ref.: Declaración voluntaria para no practicar retención en la fuente – Contrato de Prestación de Servicios 4143.065.26.05-2025

Yo, **MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ**, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. **1.143.833.909 de Cali**, actuando en calidad de **contratista para la prestación de servicios como apoyo gestión administrativa** según contrato suscrito con esa Institución, me permito declarar bajo la gravedad de juramento, que:

1. Durante el año gravable 2025 mis ingresos brutos mensuales no excederán el 87% de 1.400 UVT, es decir, no superarán la base mínima para aplicar retención en la fuente conforme a lo establecido por el artículo 1.2.4.1.6. del Decreto Único Reglamentario 1625 de 2016, modificado por el Decreto 2264 de 2019.
2. Me encuentro inscrito en el RUT como persona natural no obligada a declarar renta en las condiciones establecidas por la DIAN.
3. Solicito formalmente que no me sea practicada retención en la fuente sobre los pagos que se realicen dentro del contrato vigente.

La presente manifestación la realizo con fundamento en las normas tributarias vigentes y con plena conciencia de las consecuencias legales en caso de falsear la información aquí suministrada.

Atentamente,

**MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ**
C.C. No. 1.143.833.909 de Cali
Correo: mioc101090@gmail.com
Tel. 3183555503

**Santiago de Cali, 27 de octubre de 2025**

Señores:
**Institución Educativa Celmira Bueno de Orejuela**
Ciudad

Ref.: Declaración como persona natural no obligada a declarar renta – Año gravable 2025

Yo, **MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ**, identificado como aparece al pie de mi firma, actuando como **prestadora de servicios de apoyo gestión administrativa** contratado por la Institución Educativa Celmira Bueno de Orejuela, manifiesto bajo la gravedad de juramento que:

1. Para el año gravable 2025 me encuentro clasificado como persona natural **no obligada a declarar impuesto sobre la renta**, por cuanto no supero los topes establecidos en ingresos brutos, patrimonio bruto, consumos con tarjeta de crédito, consignaciones o transferencias bancarias.
2. Mis ingresos provienen exclusivamente del ejercicio de mi profesión auxiliar administrativo, sin representar ninguna empresa o sociedad comercial que tribute de forma distinta.
3. Me comprometo a informar oportunamente cualquier modificación en mi situación tributaria que implique la obligación de declarar renta.

Esta manifestación se hace para efectos de lo establecido en las normas tributarias vigentes, especialmente en lo relacionado con la retención en la fuente por pagos a personas naturales.

Cordialmente,



**MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ**
C.C. No. 1.143.833.909 de Cali
Correo: mioc101090@gmail.com
Tel. 3183555503

INS. EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA
CALLE 62B #1A9-250 - Tel 447 0928 - Fax 447 0928 - Cod.Postal 760002
NIT 805.009.606-4 SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA

* GASTOS - VIGENCIA ACTUAL * CERTIFICADO DE DISPONIBILIDAD CD-000015
Vigencia: 2025
Contrato: 4143.065.26.005-2025 Pagina: 1

C E R T I F I C A :

Que en el PRESUPUESTO DE GASTOS para la presente vigencia fiscal existe la apropiacion de $****22,500,000.00 dentro de la cuenta PRESUPUESTO APROBADO (del 1 de enero al 31 de diciembre del 2025) con la siguiente imputaci¢n presupuestal:

********** I M P U T A C I O N P R E S U P U E S T A L **********

| Cuenta | Descripcion | Saldo disponibl | Valor |
|---|---|---|---|
| 2.1.2.02.02.008.01 | Honorarios profesionales | 29,400,000 | 22,500,000.00 |
| Fuente 313 | Otros Recursos de Balance | | |

TOTAL => 22,500,000.00

D E T A L L E: Apoyo a la gestion administrativa

OBSERVACIONES:

En constancia se firma en SANTIAGO DE CALI a los 18 dias de MARZO de 2025.

| ELABORO | Elaborado | Revisado | APROBADO |
|---|---|---|---|
| Yessica L. Gomez V. | | Maria del Carmen Go | Hermminia Amu Molin |
| Auxiliar Administ | | Contador | Rectora |

INS. EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA
CALLE 62B #1A9-250 - Tel 447 0928 - Fax 447 0928 - Cod.Postal 760002
NIT 805.009.606-4 SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA

* GASTOS - VIGENCIA ACTUAL * REGISTRO PPTAL DEL COMPROMISO OC-000012
Vigencia: 2025
Contrato: 4143.065.26.005-2025 Pagina: 1

PROVEEDOR/CONTRATISTA:
Razon Social: OCAMPO CRUZ MARIA ISABEL NIT 1143,833,909-4
Direccion...: kRA 46D #52-65
Telefono(s).: Ciudad: CALI
D E T A L L E: Apoyo a la gestion administrativa

TOTAL COMPROMETIDO ==> $****22,500,000.00
Son: VEINTIDOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE,

********** REGISTRO PRESUPUESTAL DEL COMPROMISO **********

| Cuenta | Descripcion | Certif.Disponib | Valor |
|---|---|---|---|
| 2.1.2.02.02.008.01<br>Fuente 313 | Honorarios profesionales<br>Otros Recursos de Balance | CD -000015 | 22,500,000.00 |

TOTAL => 22,500,000.00

OBSERVACIONES:

Se firma la presente orden en SANTIAGO DE CALI a los 31 dias de MARZO de 2025

| ELABORO | Revisado | APROBO |
|---|---|---|
| Yessica L. Gomez V.<br>Auxiliar Administ | Maria del Carmen Co<br>Contador | Herminia Amu Molin<br>Rectora |

INS. EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA
CALLE 62B #1A9-250 - Tel 447 0928 - Fax 447 0928 - Cod.Postal 760002
NIT 805.009.606-4 SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA

* GASTOS - VIGENCIA ACTUAL * REGISTRO PPTAL DE OBLIGACION CR-000094
Vigencia: 2025
Contrato: 4143.065.26.005-2025 Pagina: 1

PROVEEDOR/CONTRATISTA:
Razon Social: OCAMPO CRUZ MARIA ISABEL NIT 1143,833,909-4
Direccion...: kRA 46D #52-65
Telefono(s).: Ciudad: CALI
D E T A L L E: Apoyo a la gestion administrativa

TOTAL OBLIGACION ==> $*****2,500,000.00
Son: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE,

*****

INS. EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA
CALLE 62B #1A9-250  Tel 447 0928  Fax 447 0928
NIT 805.009.606-4  SANTIAGO DE CALI

# DOCUMENTO SOPORTE EN ADQUISICIONES EFECTUADAS A NO OBLIGADOS A FACTURAR No. DSCB-000218

(Art.3 Decr.522 de Mar-7-2003)

Fecha .....: OCTUBRE 27 de 2025

Beneficiario
pago o abono....: OCAMPO CRUZ MARIA ISABEL
kRA 46D #52-65
Tel.
CALI

NIT .....:1143,833,909-4

| DESCRIPCION DEL BIEN O SERVICIO | V A L O R |
|---|---|
| Apoyo a la gestion administrativa | 2,500,000.00 |
| Total..... | 2,500,000.00 |
| Ret Estampill 4.00%. | 100,000.00 |
| Valor a pagar ..... | 2,400,000.00 |
| Impuesto asumido..... | |

I M P U T A C I O N  C O N T A B L E

| ----Cuenta----- | *----------Descripcion----------* | C.Util | Referenci | *-Tercero-* | ----Debitos--- | ---Creditos--- |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 72010202 | Comisiones, honorarios, servicios | | 313 | 1143833909 | 80,460.00 | |
| 72010202 | Comisiones, honorarios, servicios | | 313 | 1143833909 | 74,713.00 | |
| 72020202 | Comisiones, honorarios, servicios | | 313 | 1143833909 | 471,264.00 | |
| 72020202 | Comisiones, honorarios, servicios | | 313 | 1143833909 | 717,241.00 | |
| 72030202 | Comisiones, honorarios, servicios | | 313 | 1143833909 | 881,609.00 | |
| 72050202 | Comisiones, honorarios, servicios | | 313 | 1143833909 | 274,713.00 | |
| 240101 | Bienes y servicios | | | 1143833909 | | 2,400,000.00 |
| 24072201 | Pro-desarrollo | | 313 | 1143833909 | | 25,000.00 |
| 24072202 | Pro-Univalle | | 313 | 1143833909 | | 50,000.00 |
| 24072203 | Pro-hospitales | | 313 | 1143833909 | | 25,000.00 |
| | | | | | 2,500,000.00 | 2,500,000.00 |

DECLARO VOLUNTARIAMENTE QUE NO SOY RESPONSABLE DEL IMPUESTO A LA VENTAS, POR LO TANTO DE ACUERDO AL ARTICULO 42 DEL DECRETO 3541 DE 1983 Y AL ARTICULO 511 DEL E.T. NO ESTOY OBLIGADO(A) A EXPEDIR FACTURA DE VENTA.

| Preparado | Elaborado | Revisado | Aprobado | Proveedor |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

* Autorización DIAN #18764007533068 de 2020/11/13 al 2021/11/12 (Vigencia 12 meses) del #DSCB-1 al #DSCB-100

NOTA.- Documento soporte en adquisiciones efectuadas a sujetos no obligados a expedir factura de venta o documento equivalente conforme al artículo 55 de la Resolución 0042 del 5 de mayo de 2020.

INS. EDUCATIVA CELMIRA BUENO DE OREJUELA
CALLE 62B #1A9-250 - Tel 447 0928 - Fax 447 0928 - Cod.Postal 760002
NIT 805.009.606-4 SANTIAGO DE CALI - COLOMBIA

* GASTOS - VIGENCIA ACTUAL *

ORDEN DE PAGO PPTAL OP-000097
Vigencia: 2025
Pagina: 1

Contrato: 4143.065.26.005-2025

PROVEEDOR/CONTRATISTA:
Razon Social: OCAMPO CRUZ MARIA ISABEL NIT 1143,833,909-4
Direccion...: kRA 46D #52-65
Telefono(s).: Ciudad: CALI
D E T A L L E: Apoyo a la gestion administrativa

TOTAL PAGADO ==> $*****2,500,000.00
Son: DOS MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE,

*****

Banco de Bogotá

Contáctenos

Consultas | Transacciones | Bre-B | Administración | Ayudas

Transacciones > Pagos > Nóminas, Proveedores y Libranzas > Últimas Transacciones

Últimas Transacciones | Nuevas Transacciones | Transacciones Programadas | Plantillas

Estado | Fecha | Filtrar

| Nombre Producto Origen | Fecha de Pago | Valor a Pagar | Beneficiario | Producto Destino | Estado |
|---|---|---|---|---|---|
| CAH1564 | 2025/10/28 | $2,323,200.00 | MARIA DEL CARMEN GODOY GARZON | 30448848397 | Exitosa |
| CC5121 | 2025/10/28 | $2,400,000.00 | MARIA ISABEL OCAMPO CRUZ | 91280596928 | Exitosa |
| CAH1564 | 2025/10/28 | $1,920,000.00 | JORGE IVAN ARBOLEDA FRANCO | 74552529468 | Exitosa |
| CC5121 | 2025/10/28 | $3,014,400.00 | LEONARDO MAURICIO ORTEGON RENGIFO | 24122917972 | Exitosa |
| CAH1564 | 2025/11/13 | $2,125,711.00 | FERRETERIA PROVISERVIND | 51400001059 | Exitosa |
| CAH1564 | 2025/11/11 | $1,527,580.00 | NUESTRO ALIADO | 7652040140 | Exitosa |
| CAH1564 | 2025/11/10 | $105,000.00 | ie celmira bueno | 226490761 | Exitosa |