RESTRICCIÓN MOVILIDAD

BLINDAJE
******

POTENCIA HP
84

DECLARACIÓN DE IMPORTACIÓN
19202300023721

VE
1

FECHA IMPORT.
13/04/2023

PUERTAS
4

LIMITACIÓN A LA PROPIEDAD

PRENDA - FINANZAUTO S.A. BIC

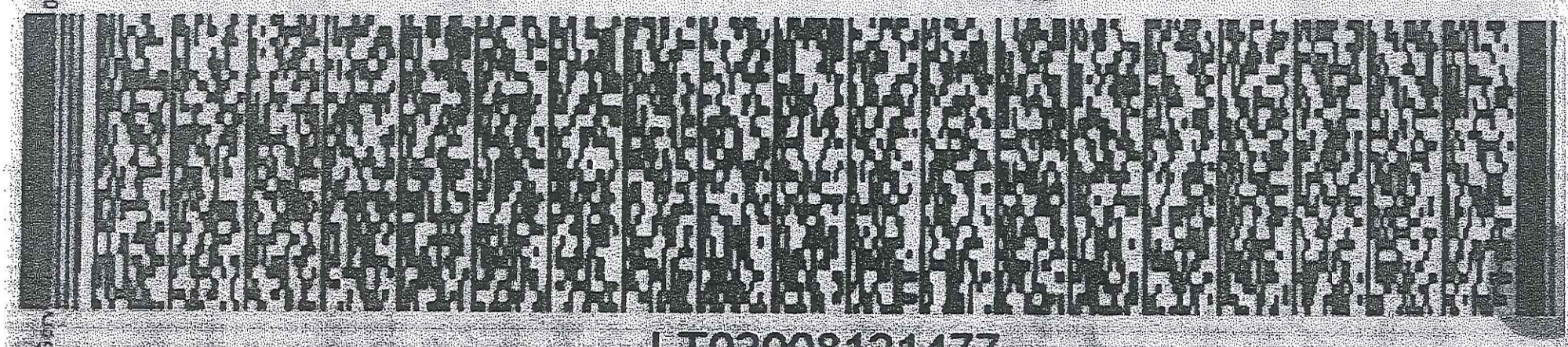
FECHA MATRICULA
05/05/2023

FECHA EXP. LIC. TTO.
30/10/2024

FECHA VENCIMIENTO
******

ORGANISMO DE TRÁNSITO

STRIA TTOYTTE PALMIRA



LT03008121477

SEGUROS
COMERCIALES
BOLÍVAR

Seguros Comerciales Bolívar S.A.

SEGUROS COMERCIALES BOLÍVAR S.A.

CERTIFICA QUE:

DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS
Identificado con CC No. 1049627532

Tiene la póliza de AUTOMOVILES No. 1505515051001 con vigencia desde 28/09/2024 hasta 28/09/2025, y se encuentra al día en sus pagos.

Descripción del riesgo: RAM 700 BIG HORN CREW CAB MT 1400CC 4X2 Placa: LQM385 Fecha Inclusion: 28/09/2024 Fecha Baja: 28/09/2025 Modelo: 2024
Beneficiario Oneroso: 860028601 NT FINANZAUTO S.A. BI

Periodicidad de pago:	ANUAL
Último periodo pagado:	DESDE HASTA
Valor pagado a la fecha:	$ 0
Valor prima de la póliza:	$ 2,839,600
Valor IVA:	$ 539,524
Valor total de la póliza:	$ 3,379,124
Saldo Pendiente:	$ 3,379,124

Se expide a solicitud del interesado el 30 de SEPTIEMBRE del año 2024.

Firma Representante Legal

Scanned with CamScanner

REPÚBLICA DE COLOMBIA

MINISTERIO DE TRANSPORTE

LICENCIA DE CONDUCCIÓN

Libertad y Orden

No. 1049627532

NOMBRE

DANIEL SANTIAGO VARGAS SALINAS

FECHA DE NACIMIENTO

20-11-1991

SANGRE-RH

A+

FECHA DE EXPEDICION

06-08-2015

RESTRICCIONES DEL CONDUCTOR

CONDUCIR CON LENTES



ORGANISMO DE TRANSITO EXPEDIDOR

STRIA DE TTOyTTE TUNJA

Scanned with CamScanner

CATEGORIAS AUTORIZADAS

CATEGORIA	CLASE DE VEHICULO	VIGENCIA	SERVICIO
B1	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMIONETO CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	06-08-2025	PARTICULAR
C1	AUTOMOVIL, MOTOCARRO, CAMPERO, CAMIONETA Y MICROBUS	06-08-2018	PUBLICO



ESTA LICENCIA ES VALIDA EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL

LC0200280394?

Scanned with CamScanner

CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.049.627.532



Apellidos
VARGAS SALINAS

Nombres
DANIEL SANTIAGO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.82

Sexo
M

Fecha de nacimiento
20 NOV 1991

G.S.
A+

Lugar de nacimiento
TUNJA (BOYACA)

Fecha y lugar de expedición
20 NOV 2009, TUNJA

Firma

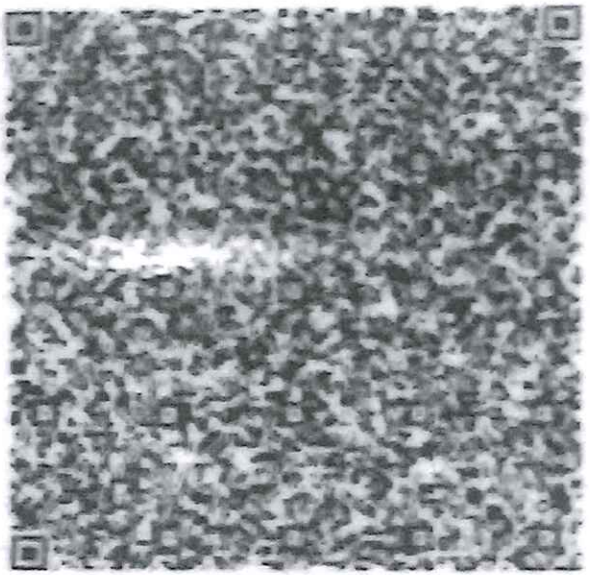
Fecha de expiración
07 FEB 2035

Scanned with CamScanner

0738777859



REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo



ICCOL0738778598070O1<<<<<<<<<<<
911120OM3502077COL1049627532<5
VARGAS<SALINAS<<DANIEL<SANTIAG

Scanned with CamScanner

SOAT

PÓLIZA DE SEGURO DE DAÑOS CORPORALES CAUSADOS A LAS PERSONAS EN ACCIDENTES DE TRÁNSITO

FECHA DE EXPEDICIÓN (AÑO MES DÍA)	VIGENCIA DESDE LAS 00 HORAS DEL (AÑO MES DÍA)	HASTA LAS 23:59 HORAS DEL (AÑO MES DÍA)
2024 04 10	2024 05 03	2025 05 02

ASEGURADORA

sura

890.903.407 - 9

No. DE PÓLIZA.	PLACA No.	CLASE DE VEHÍCULO	SERVICIO	CILINDRAJE/VATIOS	MODELO
38999747	LQM385	CAMIONETA	PARTICULAR	1368	2024

PASAJEROS	MARCA	CARROCERÍA
5	RAM	

LÍNEA VEHÍCULO: 700

No. MOTOR	No. CHASIS ó No. SERIE	No. VIN	CAPACIDAD TON.
9BD281F66RYY55513	9BD281F66RYY55513	9BD281F66RYY55513	0.39

APELLIDOS Y NOMBRES DEL TOMADOR	TELÉFONO DEL TOMADOR	TIPO DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	No. DE DOCUMENTO DEL TOMADOR	CIUDAD RESIDENCIA TOMADOR
RENTING COLOMBIA S.A.S.		NIT	8110117798	

CÓDIGO DE ASEGURADORA	CÓD. SUCURSAL EXPEDIDORA	CLAVE PRODUCTOR	No. FORMULARIO	CIUDAD EXPEDICIÓN
AT1318	2733	36490		

TARIFA	PRIMA SOAT	CONTRIBUCIÓN FOSYGA	TASA RUNT
211	$ 567,400	$ 295,000	$ 2,100

TOTAL A PAGAR $ 864,500

AMPAROS POR VICTIMA	HASTA	
A. GASTOS MÉDICOS QUIRÚRGICOS, FARMACÉUTICOS Y HOSPITALARIOS	263,13[1] 701,68[2]	UNIDAD VALOR TRIBUTARIO (UVT)
B. GASTOS DE TRANSPORTE Y MOVILIZACIÓN DE VICTIMAS	8,77	
C. INCAPACIDAD PERMANENTE	HASTA 180	SALARIOS MÍNIMOS LEGALES DIARIOS VIGENTES
D. MUERTE Y GASTOS FUNERARIOS	750	

FIRMA AUTORIZADA



Señor usuario tenga en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Recuerde portar siempre su SOAT, las autoridades de tránsito lo pueden solicitar en cualquier momento.
- Recuerde validar que su póliza esté registrada en el RUNT
- Esté atento al momento en que deba renovar su póliza. No tener SOAT vigente acarrea multas, la inmovilización del vehículo y en caso de accidente de tránsito el recobro por todos los costos de la atención de las víctimas del accidente.
- Adquiera su SOAT en lugares autorizados.

En caso de accidente de tránsito:

- Si alguien resulta herido, debe ser atendido por el prestador de servicios de salud más cercano al lugar del accidente siempre que tenga la capacidad para brindar la atención requerida por las víctimas.
- Ningún prestador de servicios de salud del país puede negarse a atender víctimas de accidentes de tránsito (artículo 195 Decreto Ley 663 de 1993). En caso contrario, denuncie ante la Superintendencia Nacional de Salud.
- Para los gastos médicos, el cobro ante la aseguradora o la ADRES solo lo puede realizar la institución prestadora de servicios de salud.
- Para presentar la reclamación ante la compañía aseguradora no se requiere acudir a terceros.

Modificación unilateral de la vigencia por duplicidad de amparos:
La Aseguradora podrá modificar la vigencia de la póliza de forma unilateral y exclusivamente en beneficio del consumidor, en aquellos casos que se corrobore la existencia de duplicidad de amparos y pago de primas respecto del mismo vehículo. (Circular Externa 021 de 2017 – Superintendencia Financiera)

Datos personales
Autorizo a la compañía para que trate mis datos personales, incluso los de salud que son sensibles, con la finalidad de vincularme como tomador del contrato de seguro, incluyendo todas las acciones requeridas para el cumplimiento del mismo, así como para las demás finalidades incluidas en la política de tratamiento de datos personales, disponible en la página web de la aseguradora, donde se encuentran los canales para ejercer mis derechos a actualizar, rectificar, conocer y suprimir mis datos.

Topes de cobertura gastos médicos
[1] Para las siguientes tarifas: 100, 110, 120, 140, 150, 711, 712, 721, 722, 731, 732, 810, 910, 920. Decreto 2644 de 2022.
[2] Para las demás tarifas no citadas en (1).

Scanned with CamScanner

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/06/01	2025/06/11

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Daniel Santiago Vargas Salinas	**No. Producto**	25863269884
No. Identificación	1049627532	**Entidad Financiera**	BANCOLOMBIA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	852
No. Producto Origen/Recaudador	251841797	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/06/09	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/06/09	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$2,238,800.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212516000G8
Estado	EXT	**Información**	Gasto de Emergencia
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/06/09
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	ORI004IHPU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 25951

Señores	GUATIBONZA RODRIGUEZ MARITZA
NIT	46.378.459-7
Dirección	CAL 7 10 72
Teléfono	3112671691
Ciudad	SOGAMOSO - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-05-31	2025-05-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195956100	MARITZA GUATIBONZA- ACOM HOSP MARIA FERNANDEZ MAYO		0	.00	600,000.00

Total Bruto	600,000.00
Total a Pagar	**$ 600.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 600.000,00 Cuota 2 P - 003- 25951 Vence el 2025-05-31

VALOR EN LETRAS

Seiscientos Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :9b0bca1f256104954a49e909f0354f1e1d6229c4f0df44910244e58b7ce76afecada6c3c187878369580b1da4594cbeb

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024

D E B E A:

MARITZA GUATIBONZA RODRIGUEZ
NIT:
46378459

La Suma de: **$ 600.000** **SEISCIENTOS MIL PESOS**

Por concepto de

Servicio de acompañamiento hospitalario durante los días 18,19,20,21 de mayo en el hospital de Sogamoso para la beneficiaria SANDRA PATRICIA RAMIREZ (Gastos De Emergencia)

Fecha:	31/5/2025
Banco	Davivienda
Tipo de	Ahorros
No cuenta	0550488426816226

Atentamente

MARITZA GUATIBONZA RODRIGUEZ
46378459

Departamento	Boyacá
Direccion	Carrera 4 3-34 el cortez
E - mail	mariguati01@gmail.com
Cel o Tel	3112671691

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	MARITZA GUATIBONZA RODRIGUEZ			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	Carrera 4# 3-34	Boyacá	3112671691	31/5/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	Acompañamiento Hospitalario Servicio de acompañamiento hospitalario durante los días 18,19,20,21 de mayo en el hospital de Sogamoso para la beneficiaria SANDRA PATRICIA RAMIREZ (Gastos De Emergencia)			$ 600.000

VALOR EN LETRAS: SEISCIENTOS MIL PESOS	Subtotal	$ 750.000
	Rte Renta Articulo 383	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 600.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA	CUENTA No.	0550488426816226
POR FAVOR	Davivienda	AHORROS		
		ACEPTO:		

CERTIFICADO

SOGAMOSO,
BOYACA,
COLOMBIA,
A quien interese

13/02/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora NOHORA EMILSEN AGUILAR ALARCON** con **Cedula de Ciudadania** numero **46378478**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS
Número **055048842681622 6**
Fecha de apertura **27/01/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.
NIT. 860.034.313-7

SEÑORES

CORPORACION INFANCUA Y DESARROLLO

Cordial saludo

Yo Maritza Guativonza con cedula 46378.459 autorizo se me sea consignado el monto de $600.000 por servicios prestados a la Corporación Infancia y Desarrollo en la ciudad de Sogamoso como cuidadora hospitalaria para que sea consignado a la cuenta de ahorros de la señora NOHORA EMILSEN AGUILAR ALARCON con cedula 46378478 al numero de cuenta de ahorros 0550488426816226

MARITZA GUATIVONZA RODRIGUEZ

C.C 46.378459

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/06/01	2025/06/11

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Nohora Emilsen Aguilar	**No. Producto**	0550488426816226
No. Identificación	46378478	**Entidad Financiera**	DAVIVIENDA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	853
No. Producto Origen/Recaudador	251841797	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/06/09	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/06/09	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$600,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212516000G9
Estado	EXT	**Información**	Gasto de Emergencia
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/06/09
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	ORI004IHPU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 25952

Señores	AGUILAR ALARCON NOHORA EMILCE
NIT	46.378.478-7
Dirección	CRA 13 1 B SUR 38
Teléfono	3144107331
Ciudad	SOGAMOSO - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-05-31	2025-05-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195956100	NOHORA AGUILAR- ACOM HOSP MARIA FERNANDEZ MAYO		0	.00	750,000.00

Total Bruto	750,000.00
Total a Pagar	**$ 750.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 750.000,00 Cuota 2 P - 003- 25952 Vence el 2025-05-31

VALOR EN LETRAS

Setecientos Cincuenta Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :4233d4ea505c0c39178c8dbb233503702ca0c89389c6866cba13150e3f355d627f3564fe55412725d260df53a2ba6d60

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024

D E B E A:

NOHORA EMILCE AGUILAR ALARCON
NIT:
46378478

La Suma de: **$ 750.000** **SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS**

Por concepto de

Servicio de acompañamiento hospitalario durante los días 17,18,19,20,21 de mayo en el hospital de Sogamoso para la beneficiaria SANDRA PATRICIA RAMIREZ (Gastos De Emergencia)

Fecha:	31/5/2025
Banco	Davivienda
Tipo de	AHORROS
No cuenta	0550488426816226

Atentamente

NOHORA AGUILAR

NOHORA EMILCE AGUILAR ALARCON
46378478

Departamento	Boyaca
Direccion	Carrera 12 1b sur 38
E - mail	nohemagal@hotmail.com
Cel o Tel	3144107331

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	NOHORA EMILCE AGUILAR ALARCON			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
46.378.478	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	Carrera 12 1b sur 38	Boyacá	3144107331	31/5/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	Acompañamiento Hospitalario Servicio de acompañamiento hospitalario durante los días 17,18,19,20,21 de mayo en el hospital de Sogamoso para la beneficiaria SANDRA PATRICIA RAMIREZ (Gastos De Emergencia)			$ 750.000

VALOR EN LETRAS: SETECIENTOS CINCUENTA MIL PESOS	Subtotal	$ 750.000
	Rte Renta Artículo 383	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 750.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA	CUENTA No.	
POR FAVOR	Davivienda	AHORROS	0550488426816226	
		ACEPTO:	Nohora Aguilar	

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

SOGAMOSO,
BOYACA,
COLOMBIA,
A quien interese

13/02/2025

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora NOHORA EMILSEN AGUILAR ALARCON** con **Cédula de Ciudadanía** número **46378478**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**055048842681622 6**
Fecha de apertura	**27/01/2022**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Banco Davivienda S.A.
NIT 860.034.313-7

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/06/01	2025/06/11

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Nohora Emilsen Aguilar	**No. Producto**	0550488426816226
No. Identificación	46378478	**Entidad Financiera**	DAVIVIENDA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	851
No. Producto Origen/Recaudador	251841797	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/06/09	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/06/09	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$750,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212516000G7
Estado	EXT	**Información**	Gasto Pago de Maritza
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/06/09
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	ORI004IHPU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CONTRATO DE APORTE No. 15007952024
MODALIDAD HOGARES SUSTITUTOS

INFORME FINANCIERO
MES MAYO 2025

2. GASTOS DOTACION, EMERGENCIA Y ADICIONES
2205. Acciones complementarias para la gestión en el restablecimiento de derechos 112

NOMBRE	NIT	CONCEPTO	VALOR	DOCUMENTO EQUIVALENTE	EGRESO
LINA SOFIA YOMAYUZA	1053329476	ACOMPAÑAMIENTO HOSP (112)	$ 630.000	P-003-00000026249-001	Pago realizado en junio

Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 26249

Señores	YOMAYUZA TRIANA LINA SOFIA		
NIT	1.053.329.476-1		
Dirección	CARRERA 13 24 18		
Teléfono	3147624924		
Ciudad	TUNJA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	-0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-05-31	2025-05-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5195956100	LINA YOMAYUZA-ACOMP HOSP 112		0	.00	630,000.00

Total Bruto	630,000.00
Total a Pagar	**$ 630.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 630.000,00 Cuota 2 P - 003- 26249 Vence el 2025-05-31

VALOR EN LETRAS

Seiscientos Treinta Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :e62fa6f31f2db16b07d390c357ff0a98779cedc17167d90c016b88e4b0f2bc608e9a1e29a458a681ad91588b77ccfa8b

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO No 15007952024

D E B E A:

LINA SOFIA YOMAYUZA TRIANA
NIT:
1053329476

La Suma de: **$ 630.000** **SEISCIENTOS TREINTA MIL PESOS**

Por concepto de

Acompañamiento Hospitalario (Dominical Noctura- Nocturna) para el beneficiario Alan Thomas Piedrahita Peña durante los dias 25,26,27,28,29 y 30 de Mayo- Gastos de Emergencia, para el proyecto modalidad Hogar Sustituto contrato No. 15007952024

Fecha:	31/5/2025
Banco	NEQUI
Tipo de	
No cuenta	3147624924

Atentamente

Sofia Yomayuza

LINA SOFIA YOMAYUZA TRIANA
1053329476

Departamento	Boyacá
Direccion	Cra 13 # 24-18 Barrió La Montaña
E - mail	linasofiayomayuza123@gmail.com
Cel o Tel	3147624924

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Powered by CamScanner

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO No 15007952024*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	**LINA SOFIA YOMAYUZA TRIANA**			**DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.**
1.053.329.476	**DIRECCION**	**CIUDAD O DPTO**	**CEL O TEL**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
	Cra 13 # 24-18 Barrió La Montaña	Boyacá	3147624924	31/5/2025
CANTIDAD	**CONCEPTO**			**VALOR**
	Servicio de acompañamiento hospitalario Acompañamiento Hospitalario (Dominical Noctura- Nocturna) para el beneficiario Alan Thomas Piedrahita Peña durante los dias 25,26,27,28,29 y 30 de Mayo- Gastos de Emergencia, para el proyecto modalidad Hogar Sustituto contrato No. 15007952024			$ 630.000

VALOR EN LETRAS: **SEISCIENTOS TREINTA MIL PESOS**	Subtotal	$ 630.000
	Rte Renta	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	$ 0
	Total a Pagar	**$ 630.000**

NOMBRE Bco.		**TIPO CUENTA**	**CUENTA No.**	**3147624924**
POR FAVOR	**NEQUI**	**AHORROS**		
ACEPTO: Sofia Yomayuza				

Powered by CamScanner

(+57) 300 600 0100
Carrera 48 # 26 - 85
Medellín Colombia
www.nequi.com.co

Certificado de depósito de bajo monto

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

Miércoles, 9 de abril de 2025

A quien pueda interesar

Nos permitimos informar que LINA SOFIA YOMAYUZA TRIANA identificado con cédula de ciudadanía 1053329476, al día de hoy es titular de un depósito de bajo monto con las siguientes características:

Número de Depósito Nequi	Número de producto interno	Estado	Fecha de apertura
3147624924	87067752303	ACTIVA	29-04-2024

Para pagos desde empresas y nómina el código de Nequi en ACH Colombia es 1507.

Un saludo
Equipo Nequi

by
Fogafín Seguridad para tu dinero | Producto protegido por el Seguro de Depósitos www.fogafin.gov.co
Powered by CamScanner

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/06/01	2025/06/11

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Lina Sofia Yomayuza Triana	**No. Producto**	3147624924
No. Identificación	1053329476	**Entidad Financiera**	NEQUI
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	794
No. Producto Origen/Recaudador	251841797	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/06/09	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/06/09	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$630,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A3212516000EN
Estado	EXT	**Información**	Acompañamiento hosp
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/06/09
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	ORI004IHPU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CONTRATO DE APORTE No. 15007952024
MODALIDAD HOGARES SUSTITUTOS

INFORME FINANCIERO
MES MAYO 2025

3. GASTOS OPERATIVOS
3.1. Talento Humano
3113. Honorarios

No.	MUNICIPIO	CEDULA	NOMBRE	CONCEPTO	CARGO	No CUENTA	HONORARIOS A PAGAR	DOC SOPORTE	N° EGRESO
1	CHIQUINQUIRA	1049657341	ANGHELA MARIA ARIAS DIAZ	HONORARIOS MAYO	TRABAJADOR SOCIAL	5	3.700.000	25888	soporte regis en junio
2	CHIQUINQUIRA	1100966106	ANGIE KATERINE HERNÁNDEZ BALLEN	HONORARIOS MAYO	PROFESIONAL DE AREA	2	3.700.000	25889	soporte regis en junio
3	CHIQUINQUIRA	23500407	CLAUDIA AZUCENA RODRIGUEZ IBAGU	HONORARIOS MAYO	PROFESIONAL PSICOLOGO	5	3.700.000	25890	soporte regis en junio
4	SOGAMOSO	1057598848	DORA YANIN ARGUELLO MONTAÑEZ	HONORARIOS MAYO	TRABAJADOR SOCIAL	5	3.700.000	25891	soporte regis en junio
5	SOGAMOSO	1051475084	EDITH KATERINE CADENA FARIAS	HONORARIOS MAYO	PROFESIONAL PSICOLOGO	5	3.700.000	25892	soporte regis en junio
6	SOGAMOSO	1049627036	EDWIN JEOVANNY CUERVO CARO	HONORARIOS MAYO	COORDINADOR GENERAL D	5	5.500.000	25893	soporte regis en junio
7	CHIQUINQUIRA	33701617	ELIANA LISBETH ZAMBRANO GARCIA	HONORARIOS MAYO	COORDINADOR GENERAL D	5	5.500.000	25894	soporte regis en junio
8	CHIQUINQUIRA	1057436232	JOSE DANILO MERCHAN GALLEGO	HONORARIOS MAYO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	5	3.400.000	25895	soporte regis en junio
9	SOGAMOSO	1022370671	JULIETH CAMILA PERICO TORRES	HONORARIOS MAYO	NUTRICIONISTA	2	4.000.000	25896	soporte regis en junio
10	CHIQUINQUIRA	1049645151	KAREN GISELA SARMIENTO ROJAS	HONORARIOS MAYO	PROFESIONAL PSICOLOGO	3	3.700.000	25897	soporte regis en junio
11	CHIQUINQUIRA	1053335779	LEIDY LORENA SIERRA RUIZ	HONORARIOS MAYO	PROFESIONAL DE AREA	1	1.973.333	25898	soporte regis en junio
12	CHIQUINQUIRA	1053337041	ZETH VANESSA CAMACHO CASTAÑED	HONORARIOS MAYO	PROFESIONAL DE AREA	5	986.667	25899	soporte regis en junio
13	SOGAMOSO	1049609662	MARIA CAMILA RAMIREZ ESGUERRA	HONORARIOS MAYO	GESTOR DE CASO	5	3.700.000	25900	soporte regis en junio
14	CHIQUINQUIRA	1049642000	MARIA FERNANDA FORERO	HONORARIOS MAYO	AUXILIAR ADMINISTRATIVO	5	3.400.000	25901	soporte regis en junio
15	CHIQUINQUIRA	1049623714	MAYRA LILIANA GUTIERREZ CUERVO	HONORARIOS MAYO	TRABAJADOR SOCIAL	1	3.700.000	25902	soporte regis en junio
16	SOGAMOSO	1049655740	NATHALIA ANDREA CANO GERENA	HONORARIOS MAYO	PROFESIONAL DE AREA	5	3.700.000	25903	soporte regis en junio
17	CHIQUINQUIRA	1049607653	SANDRA MILENA QUITO HERNÁNDEZ	HONORARIOS MAYO	PROFESIONAL DE AREA	5	3.700.000	25904	soporte regis en junio
18	SOGAMOSO	1099548463	XYLENA SILVA RUIZ	HONORARIOS MAYO	GESTOR DE CASO	5	3.700.000	25905	soporte regis en junio
19	CHIQUINQUIRA	1053325748	YENNY DAYANA MEDINA DUQUE	HONORARIOS MAYO	NUTRICIONISTA	5	4.000.000	25906	soporte regis en junio
20	CHIQUINQUIRA	1049611907	YUDY ANGELICA ROJAS CARO	HONORARIOS MAYO	GESTORA DE CASO	1	3.700.000	25907	soporte regis en junio
						TOTAL	73.160.000		

Calle 24D # 40-29,Bogotá D.C. * Telefonó:601-738-9246
e-mail: cid@cid.org.co * www.cid.org.co

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 25888

Señores	ARIAS DIAZ ANGHELA MARIA
NIT	1.049.657.341-6
Dirección	TV 11 # 31 - 72 BRR GAITAN
Teléfono	3203448769
Ciudad	TUNJA - COLOMBIA
Factura Proveedor	-0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-05-31	2025-05-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5110350102	ANGHELA ARIAS-TRABAJADOR SOCIAL MAY		0	.00	3,700,000.00

Total Bruto	3,700,000.00
Total a Pagar	**$ 3.700.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 3.700.000,00 Cuota 2 P - 003- 25888 Vence el 2025-05-31

VALOR EN LETRAS

Tres Millones Setecientos Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :53b55bbc8a301f491762190a6b1243f2b1ef25f65b01e95b1cf032fc19b65110e9db241f5fe18724e686a1f3999194b9

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024

D E B E A:

ANGHELA MARIA ARIAS DIAZ
NIT:
1049657341

La Suma de: **$ 3.700.000** TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS

Por concepto de

Servicios prestados como profesional de trabajo social para el proyecto modalidad hogares sustitutos contrato No. 15007952024, bajo contrato de prestación de servicios N° CID-PDS-2025-062, durante los dias del 1 al 31 de mayo de 2025

Fecha: 31/5/2025

Banco BBVA
Tipo de AHORROS
No cuenta 349352930

Atentamente

Anghela Arias

ANGHELA MARIA ARIAS DIAZ
1049657341
Departamento Boyacá
Direccion Transversal 11 # 31-72
E - mail anghelaarias081@gmail.com
Cel o Tel 3203448769

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	ANGHELA MARIA ARIAS DIAZ			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
1.049.657.341	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	Transversal 11 # 31-72	Boyacá	3203448769	31/5/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	Honorarios Servicios prestados como profesional de trabajo social para el proyecto modalidad hogares sustitutos contrato No. 15007952024, bajo contrato de prestación de servicios N° CID-PDS-2025-062, durante los días del 1 al 31 de mayo de 2025			$ 3.700.000

VALOR EN LETRAS: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS	Subtotal	$ 3.700.000
	Rte Renta Artículo 383	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 3.700.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA	CUENTA No.	349352930
POR FAVOR	BBVA	AHORROS		
		ACEPTO:	Anghela Arias.	

Bancolombia

Comprobante en línea

14 May 2025 08:04:44

Pago PSE

Pago exitoso

CUS 1479735141

Comercio
APORTES EN LINEA

Referencia 1
181.118.156.250

Fecha
14 May 2025 08:04:44

Referencia 2
CC

Número de factura
9485065200

Referencia 3
1049657341

Descripción del pago
Pago de la Planilla de aportes con clave: 9485065200

Valor del Pago
$458,700

Número de comprobante
TR0803175141

Costo de la transacción
$ 0

Producto origen
Ahorros - Bancolombia
****** 4633**

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

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 1049657341		ARIAS DIAZ ANGHELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSV 11 # 31 72	TUNJA-BOYACA	3203448769	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1479735141	9485065200	1	2025/05/12	2025/05/14	BANCOLOMBIA	2	$458,700

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO					PENSION		SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Codigo	Dias	IBC	Aporte	Dias	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$36,100		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$36,100		$0	$0
Ciudad: TUNJA Depto: BOYACA (1 Afiliados)					$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$36,100		$0	$0
1	CC	1049657341	ARIAS ANGHELA	230201	30	$1,480,000	$236,800	EPS017	30	$1,480,000	$185,000		0	$0	$0	14-4	30	$1,480,000	$36,100	0	$0	$0
Total	**Afiliados(1)**					$1,480,000	$236,800			$1,480,000	$185,000			$0	$0			$1,480,000	$36,100		$0	$0

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 o ICBF
CC 1049657341		ARIAS DIAZ ANGHELA MARIA	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	TRANSV 11 # 31 72	TUNJA-BOYACA	3203448769	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-04	2025-04	1479735141	9485065200	I	2025/05/12	2025/05/14	BANCOLOMBIA	2	$498,700

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$236,800	$400	$0	$237,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	1	$236,800	$400	$0	$237,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$36,100	$100	$0	$36,200
COLPATRIA ARP	14-4	860,002,183	9	1	$36,100	$100	$0	$36,200
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$185,000	$300	$0	$185,300
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$185,000	$300	$0	$185,300
TOTAL				1	$457,900	$800	$0	$458,700

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/06/01	2025/06/11

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Anghela Maria Arias Diaz	**No. Producto**	0349352930
No. Identificación	1049657341	**Entidad Financiera**	BBVA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	786
No. Producto Origen/Recaudador	251841797	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/06/04	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/06/04	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$3,700,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A321251550042
Estado	EXT	**Información**	Honora Mayo 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/06/04
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	ORD004MXRU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 25889

Señores	HERNANDEZ BALLEN ANGIE KATERINE
NIT	1.100.966.106-1
Dirección	CORR CITE CL 5 IMPAR
Teléfono	3134700411
Ciudad	BARBOSA - SANTANDER - COLOMBIA
Factura Proveedor	-0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-05-31	2025-05-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5110350102	ANGIE HERNÁNDEZ-PROFESIONAL DE AREA MAY		0	.00	3,700,000.00

Total Bruto	3,700,000.00
Total a Pagar	**$ 3.700.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 3.700.000,00 Cuota 2 P - 003- 25889 Vence el 2025-05-31

VALOR EN LETRAS

Tres Millones Setecientos Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :5724f773be69bf1c9723130b428b5fde7d7560b2c2674cc2fa6e003ecc7f2b720f36f622965bb1af65cb1756d395e657

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024

D E B E A:

ANGIE KATERINE HERNANDEZ BALLEN
NIT:
1100966106

La Suma de: $ 3.700.000 TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS

Por concepto de

Servicios prestados como profesional de area para el proyectomodalidad hogares sustitutos conlrato No 15007952024, bajo contrato de prestacion de servicios No. CID-PDS-2025 154, durante los dias 1 al 31 de mayo del 2025.

Fecha:	31/5/2025
Banco	BANCOLOMBIA
Tipo de	AHORROS
No cuenta	55581494172

Atentamente

ANGIE KATERINE HERNANDEZ BALLEN
1100966106

Departamento	Boyacá
Direccion	Calle 16 #7-39
E - mail	kate18.hb@gmail.com
Cel o Tel	3134700411

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	ANGIE KATERINE HERNANDEZ BALLEN			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
1.100.966.106	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	Calle 16 #7-39	Boyacá	3134700411	31/5/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	Honorarios Servicios prestados como profesional de area para el proyectomodalidad hogares sustitutos contrato No 15007952024, bajo contrato de prestacion de servicios No. CID-PDS-2025.154, durante los dias 1 al 31 de mayo del 2025.			$ 3.700.000

VALOR EN LETRAS: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS	Subtotal	$ 3.700.000
	Rte Renta Articulo 383	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 3.700.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA		
POR FAVOR	BANCOLOMBIA	AHORROS	CUENTA No.	55581494172
		ACEPTO:	Angie Hernandez	

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1100966106
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			ANGIE KATERINE HERNANDEZ BALLEN
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIQUINQUIRA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE #7A-39 APTO 501	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:		4604772180	TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		11			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/16	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992705031
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		4604560213	FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2025/05/15

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	$ 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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	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
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 25,300	$ 25,300	$ 200	$ 0	$ 25,500
SUBTOTALES:									$ 25,300	$ 200	$ 0	$ 25,500

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	CON	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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 1100966106	HERNANDEZ BALLEN ANGIE KATERINE	INDEPEND		$ 1,460,000				NO	10						A										230301-PORVENIR	21	$ 1,036,000	$ 165,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 165,800	EPS037-NUEVA EPS	21	$ 1,036,000	$ 129,500	$ 0	$ 129,500	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	0	$ 0		$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1100966106	HERNANDEZ BALLEN ANGIE KATERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,460,000				NO	10						C										230301-PORVENIR	21	$ 1,036,000	$ 165,800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 165,800	EPS037-NUEVA EPS	21	$ 1,036,000	$ 129,500	$ 0	$ 129,500	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	21	$ 1,036,000	110096610	$ 25,300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1100966106	HERNANDEZ BALLEN ANGIE KATERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1,460,000				NO	10						R										230301-PORVENIR	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 0	EPS037-NUEVA EPS	0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	21	$ 1,036,000	110096610	$ 25,300	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 25.500

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 958459567[illegible] DV: 028491
Cliente: 119263 PILA BECERRA
Fecha: 16/05/2025 15:37:43
PAP: 906270
Identificacion: 1100966106
Nombre: ANGIE
Apellido 1: HERNANDEZ
Apellido 2: PALLEN
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3134790411
Codigo Planilla: 460477210
Periodo Pago: 2025/04
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1100966106 Valor: $25.500,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; tel. (1) 6510151.
servicioalcliente@efecty.com.co
www.efecty.com.co

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1100966106
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE KATERINE HERNANDEZ BALLEN
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIQUINQUIRA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE #7A-39 APTO 501	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:			4604297121	TIPO DE PLANILLA:			I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES	abril AÑO	2025
DÍAS DE MORA:			9				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):			2025/05/14	NÚMERO AUTORIZACIÓN:			9992678331

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	$ 159.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 1.000	$ 0	$ 159.500	$ 1.000	$ 160.500
SUBTOTALES:										$ 159.500	$ 1.000	$ 160.500

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
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 124.600	$ 0	$ 800	$ 0	$ 124.600	$ 800	$ 0	$ 125.400
SUBTOTALES:													$ 124.600	$ 800	$ 0	$ 125.400

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 1100966106	HERNANDEZ BALLEN ANGIE KATERINE	INDEPEND		$ 1.423.500				NO	10																

SEGURIDAD SOCIAL – PENSIÓN

ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP SUBSISTENCIA	FSP SOLIDARIDAD	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADOR	APORTES VOLUNTARIOS EMPLEADO	INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE
230301-PORVENIR	21	$ 996.450	$ 159.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 159.500

SEGURIDAD SOCIAL – SALUD / ARP

SALUD ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ARP ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE
EPS037-NUEVA EPS	21	$ 996.450	$ 124.600	$ 0	$ 124.600			$ 0		$ 0

PARAFISCALES

DÍAS 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 PAGADO: $ 285.900

Planilla Pagada
ach
SOI
Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9584151507 DV: 308416
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 14/05/2025 11:45:14
PAP: 900100
Identificacion: 1100966106
Nombre: ANGIE
Apellido 1: HERNANDEZ
Apellido 2: NAA
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3333333333
Codigo Planilla: 4604297121
Periodo Pago: 2025/04
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1100966106Valor: $285.900,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1100966106
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			ANGIE KATERINE HERNANDEZ BALLEN
CIUDAD/MUNICIPIO:	CHIQUINQUIRA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CALLE #7A-39 APTO 501	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:	4604560213		TIPO DE PLANILLA:		N-CORRECCIONES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO 2025		PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO 2025	
DÍAS DE MORA:	10				
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):	2025/05/15		NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992682370
NÚMERO DE LA PLANILLA ASOCIADA:	4604297121		FECHA DE PAGO DE LA PLANILLA ASOCIADA:		2025/05/14

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	$ 6.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 100	$ 0	$ 6.300	$ 100	$ 6.400
SUBTOTALES:										**$ 6.300**	**$ 100**	**$ 6.400**

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	VALOR ADRES	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	APORTES	MORA	DESCUENTO	VALOR PAGADO
EPS037	EPS037-NUEVA EPS	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 4.900	$ 0	$ 100	$ 0	$ 4.900	$ 100	$ 0	$ 5.000
SUBTOTALES:													**$ 4.900**	**$ 100**	**$ 0**	**$ 5.000**

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	COV	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 1100966106	HERNANDEZ BALLEN ANGIE KATERINE	INDEPEND		$ 1.423.500				NO	10						A										230301-PORVENIR	21	$ 996.450	$ 159.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 159.500	EPS037-NUEVA EPS	21	$ 996.450	$ 124.500	$ 0	$ 124.500			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
2	CC 1100966106	HERNANDEZ BALLEN ANGIE KATERINE	INDEPEND		$ 1.480.000				NO	10						C										230301-PORVENIR	21	$ 1.036.000	$ 165.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 165.800	EPS037-NUEVA EPS	21	$ 1.036.000	$ 129.500	$ 0	$ 129.500			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0
3	CC 1100966106	HERNANDEZ BALLEN ANGIE KATERINE	INDEPEND		$ 1.480.000				NO	10						R										230301-PORVENIR	0	$ 39.550	$ 6.300	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 6.300	EPS037-NUEVA EPS	0	$ 39.550	$ 4.900	$ 0	$ 4.900			$ 0		$ 0	$ 0	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

Planilla Pagada
aportes en línea SOI
Planilla Pagada

TOTAL PAGADO:	$ 11.400

EFECTIVO LTDA.
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9584371415	DV: 651189
Cliente:	110263 PILA RECAUDO
Fecha:	15/05/2025 14:43:48
PAP:	900100
Identificacion:	1100966106
Nombre:	ANGUIE
Apellido 1:	HERNANDEZ
Apellido 2:	NAA
TIPO DOCUMENTO:	CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO:	3333333333
Codigo Planilla:	4604560213
Periodo Pago:	2025/04
Valor Comision:	0
Valor Iva Comision:	0

Referencia: 1100966106 Valor: $11.400,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo: Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

Powered by CamScanner

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/06/01	2025/06/11

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Angie Katerine Hernandez Balle	**No. Producto**	55581494172
No. Identificación	1100966106	**Entidad Financiera**	BANCOLOMBIA
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	791
No. Producto Origen/Recaudador	251841797	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/06/04	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/06/04	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$3,700,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A321251550049
Estado	EXT	**Información**	Honora Mayo 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/06/04
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	ORD004MXRU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 25890

				Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
Señores	RODRIGUEZ IBAGUE CLAUDIA AZUCENA				
NIT	23.500.407-3				
Dirección	VDA SABANECA				
Teléfono	3134384514				
Ciudad	CHIQUINQUIRA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	-0	2025-05-31	2025-05-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5110350102	CLAUDIA RODRIGUEZ-PROFESIONAL PSICOLOGO MAY		0	.00	3,700,000.00

Total Bruto	3,700,000.00
Total a Pagar	**$ 3.700.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 3.700.000,00 Cuota 2 P - 003- 25890 Vence el 2025-05-31

VALOR EN LETRAS

Tres Millones Setecientos Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :33677dff547de75340846fdef7c1798dfb5ac9839b7608a927abf01b57b09318c49a52477c048c7ab098b67f469ea852

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024

D E B E A:

CLAUDIA AZUCENA RODRIGUEZ IBAGUE
NIT:
23.500.407

La Suma de: **$ 3.700.000** **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS**

Por concepto de

Servicios prestados como profesional de psicologia para el proyecto modalidad hogares sustitutos contrato No. 15007952024, bajo contrato de prestación de servicios No. CID-PDS- 2025-049, Durante los dias 1 al 31 de de mayo del 2025

Fecha: 31/5/2025

Banco CAJA SOCIAL.
Tipo de cuenta AHORRO
No cuenta 24133118605

Atentamente

CLAUDIA AZUCENA RODRIGUEZ IBAGUE
23500407
Departamento Boyaca
Direccion Vereda Sabaneca
E - mail pscarri16@hotmail.com
Cel o Tel 3134384514

Manifiesto bajo juramento que SI [ ] NO [x] utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	CLAUDIA AZUCENA RODRIGUEZ IBAGUE			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
23.500.407	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	Vereda Sabaneca	Boyacá	3134384514	31/5/2025
CANTIDAD	CONCEPTO			VALOR
	Servicio de Movilizaciones Terrestres Servicios prestados como profesional de psicologia para el proyecto modalidad hogares sustitutos contrato No. 15007952024, bajo contrato de prestación de servicios No. CID-PDS- 2025-049, Durante los días 1 al 31 de de mayo del 2025			$ 3.700.000

VALOR EN LETRAS: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS	Subtotal	$ 3.700.000
	Rte Renta	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 3.700.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA		
POR FAVOR	CAJA SOCIAL.	AHORROS	CUENTA No.	24133118605
		ACEPTO:		

Outlook

PSE Transacción Aprobada - CUS 1398342539

Desde serviciopse@achcolombia.com.co <serviciopse@achcolombia.com.co>
Fecha Mar 08/04/2025 20:55
Para pscari16@hotmail.com <pscari16@hotmail.com>



¡Hola, Claudia Rodríguez Ibagué!

Gracias por utilizar los servicios de BANCO CAJA SOCIAL y PSE. los siguientes son los datos de tu transacción:

Estado de la Transacción: **Aprobada**
CUS: 1398342539
Empresa: COMPENSAR-OI
Descripción: MiPlanilla.com Pago Proteccion Social
Valor de la Transacción: $ 457.900
Fecha de Transacción: 08/04/2025

Ten en cuenta estos tips de seguridad

Digita siempre manualmente la dirección del portal de tu Banco para asegurar que no estas siendo redirigido a un sitio que suplanta a tu Entidad Financiera.

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	23500407	CLAUDIA AZUCENA RODRIGUEZ IBAGUE	Vereda Sabaneca	3134364514	pscar116@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	SAN MIGUEL DE SEMA		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
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				1	0
					TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	09/04/2025	85705719	$457.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES												PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Dpto.	Ciudad	Cotizante exterior	Extranjero	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	COMPLEMENTO	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	23500407	RODRIGUEZ IBAGUE CLAUDIA AZUCENA	50	0		N																25-14	1.480.000	236.800	0	0	0		EPS005	1.480.000	185.000	14-23	1.480.000	3	36.100		0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

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	23500407	CLAUDIA AZUCENA RODRIGUEZ IBAGUE	Vereda Sabaneca	3134384514	pecari16@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOYACÁ	SAN MIGUEL DE SEMA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPO
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2025-04	2025-04	I	09/04/2025	85705719	$457.900	

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					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	185.000	0		0		0	0	0	0	185.000	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
25-14	Colpensiones	900336004-7	236.800	0	0	0	0	0	0		236.800	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	8600011153-6	36.100				36.100	0	0	36.100			361	36.100	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	0	0	0	0
ICBF				
0	0	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	185.000	185.000
Pensión	1	236.800	236.800
Riesgos Laborales	1	36.100	36.100
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	457.900	457.900

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

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/06/01	2025/06/11

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Claudia Azucena Rodriguez	**No. Producto**	24133118605
No. Identificación	23500407	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	776
No. Producto Origen/Recaudador	251841797	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/06/04	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/06/04	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$3,700,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A32125155003M
Estado	EXT	**Información**	Honora Mayo 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/06/04
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	ORD004MXRU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 25891

Señores	ARGUELLO MONTAÑEZ DORA YANIN
NIT	1.057.598.848-3
Dirección	CR 21 28 44
Teléfono	3208423863
Ciudad	SOGAMOSO - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-05-31	2025-05-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5110350102	DORA ARGUELLO-TRABAJADOR SOCIAL MAY		0	.00	3,700,000.00

Total Bruto	3,700,000.00
Total a Pagar	**$ 3.700.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 3.700.000,00 Cuota 2 P - 003- 25891 Vence el 2025-05-31

VALOR EN LETRAS

Tres Millones Setecientos Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :349d65e49c934a0e267f4de42ca0145001039f339b7d13c0ba1b1a24e45d45e5bc52fcddf5804f7608064104336a91cf

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024

D E B E A:

DORA YANIN ARGUELLO MONTANEZ
NIT:
1057598848

La Suma de: **$ 3.700.000** **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS**

Por concepto de

Servicios prestados como Trabajadora Social para el proyecto modalidad hogares sustitutos contrato No. 15007952024, bajo contrato de prestación de servicios No. CID-PDS- 2025-056, Durante los dias del 1 al 31 de mayo de 2025

Fecha:	31/5/2025
Banco	CAJA SOCIAL
Tipo de	AHORROS
No cuenta	24123454133

Atentamente

DORA YANIN ARGUELLO MONTANEZ
1057598848

Departamento	Boyaca
Direccion	carrera 21 # 28-44
E - mail	arguellodora24@gmail.com
Cel o Tel	3208423863

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

	DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024*	*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*

NOMBRE Y APELLIDOS	DORA YANIN ARGUELLO MONTAÑEZ			DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.
1.057.598.848	DIRECCION	CIUDAD O DPTO	CEL O TEL	FECHA DE ELABORACIÓN
	carrera 21 # 28-44	Boyacá	3208423863	31/5/2025

CANTIDAD	CONCEPTO	VALOR
	Honorarios Servicios prestados como Trabajadora Social para el proyecto modalidad hogares sustitutos contrato No. 15007952024, bajo contrato de prestación de servicios No. CID-PDS- 2025-056, Durante los dias del 1 al 31 de mayo de 2025	$ 3.700.000

VALOR EN LETRAS: TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS	Subtotal	$ 3.700.000
	Rte Renta Articulo 383	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	$ 3.700.000

	NOMBRE Bco.	TIPO CUENTA	CUENTA No.	
POR FAVOR	CAJA SOCIAL	AHORROS	24123454133	
		ACEPTO:		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057598848
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DORA YANIN ARGUELLO MONTANEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CENTRO	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:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - NUEVO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4599259582	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES abril AÑO	2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992611607

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	$ 236.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.800	$ 0	$ 236.800
SUBTOTALES:										**$ 236.800**	**$ 0**	**$ 236.800**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 185.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.000	$ 0	$ 0	$ 185.000
SUBTOTALES:													**$ 185.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 185.000**

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
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 36.100	$ 36.100	$ 0	$ 0	$ 36.100
SUBTOTALES:									**$ 36.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 36.100**

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																								PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP																	
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	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 1057598848	ARGUELLO MONTANEZ DORA YANIN	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.480.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.480.000	$ 236.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.480.000	$ 185.000	$ 0	$ 185.000	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	30	$ 1.480.000	105759884	$ 36.100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 457.900

Planilla Pagada

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
COMPROBANTE DE PAGO

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1057598848
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			DORA YANIN ARGUELLO MONTANEZ
CIUDAD/MUNICIPIO:	TUNJA	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CENTRO	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Comercio al por mayor de
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - NUEVO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:	**4599259582**	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES	
PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril	PERIODO COTIZACIÓN	MES:	abril
OTROS SUBSISTEMAS:	AÑO:	2025	SALUD:	AÑO:	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/08	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		9992611607

NOVEDADES

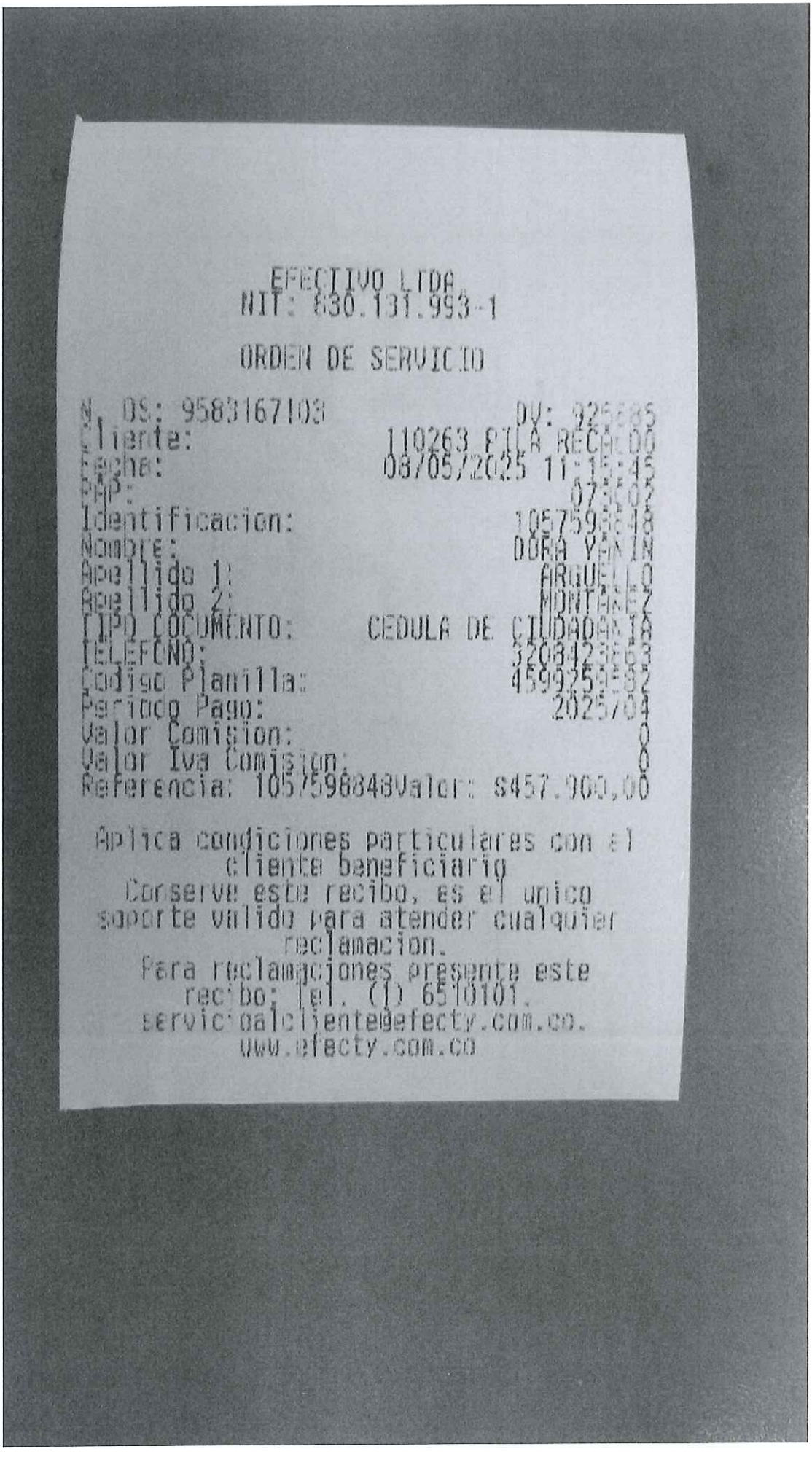
ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP

Planilla Pagada

LIQUIDACIÓN GENERAL

			TOTALES	
			COTIZANTES	TOTAL PAGADO
PENSIÓN				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002248088	230301	230301-PORVENIR	1	$ 236.800
		SUBTOTAL:	1	**$ 236.800**
SALUD				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8002514406	EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1	$ 185.000
		SUBTOTAL:	1	**$ 185.000**
RIESGOS PROFESIONALES				
		ADMINISTRADORA		
NIT	CÓDIGO	NOMBRE		
8600021839	14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1	$ 36.100
		SUBTOTAL:	1	**$ 36.100**

VALOR SIN MORA:	**$ 457.900**
VALOR MORA:	**$ 0**
TOTAL PAGADO:	**$ 457.900**



EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9583167103 DV: 2
Cliente: 110263 PILA RECAUDO
Fecha: 08/05/2025 11:15:45
PAP: 07:00
Identificacion: 1057598848
Nombre: DORA YENIN
Apellido 1: ARGUELLO
Apellido 2: MONTAÑEZ
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3203423803
Codigo Planilla: 459335382
Periodo Pago: 202507
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1057598848Valor: $457.900,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo; Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/06/01	2025/06/11

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Dora Yanin Arguello Montañez	**No. Producto**	24123454133
No. Identificación	1057598848	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	787
No. Producto Origen/Recaudador	251841797	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/06/04	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/06/04	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$3,700,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A321251550044
Estado	EXT	**Información**	Honora Mayo 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/06/04
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	ORD004MXRU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 25892

Señores	CARDENAS FARIAS EDITH KATERINE		
NIT	1.051.475.084		
Dirección	Cra 6 2 109 Torre 11 Apto 301 la Sierra 3		
Teléfono	3204537841		
Ciudad	TUNJA - COLOMBIA	**Factura Proveedor**	-0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-05-31	2025-05-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5110350102	EDITH CADENA-PROFESIONAL PSICOLOGO MAY		0	.00	3,700,000.00

Total Bruto	3,700,000.00
Total a Pagar	**$ 3.700.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 3.700.000,00 Cuota 2 P - 003- 25892 Vence el 2025-05-31

VALOR EN LETRAS

Tres Millones Setecientos Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Sigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :07b7ac6f2f4654142203d1283446afcb8442fbe76591707bd60f59a533c0fdf7991a5391d081bb996081e4a25225e262

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024

D E B E A:

EDUTH KATERINE CADENA FARIAS
NIT:
1051475084

La Suma de: **$ 3.700.000** **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS**

Por concepto de

Servicios prestados como Psicólogo para el proyecto modalidad hogares sustitutos contrato No. 15007952024, bajo contrato de prestación de servicios No. CID-PDS- 2025-055, Durante los dias del 1 al 31 de mayo de 2025

Fecha: 31/5/2025

Banco CAJA SOCIAL
Tipo de AHORROS
No cuenta 24057695602

Atentamente

Katerine Farias

EDUTH KATERINE CADENA FARIAS
1051475084
Departamento Boyacá
Direccion Cra 6a 2a 109 torre 11
E - mail fariaskaterine@gmail.com
Cel o Tel 3204537841

Manifiesto bajo juramento que SI ☐NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.

Corporación Infancia y Desarrollo	*DOCUMENTO EQUIVALENTE A LA FACTURA* *HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO 15007952024*			*FO-GF-02-02-05* *FUMD: 25/10/2022*
NOMBRE Y APELLIDOS	**EDITH KATERINE CADENA FARIAS**			**DOC. EQUIVALENTE A LA FACTURA No.**
1.051.475.084	**DIRECCION**	**CIUDAD O DPTO**	**CEL O TEL**	**FECHA DE ELABORACIÓN**
	Cra 6a 2a 109 Torre 11	**Boyacá**	**3204537841**	**31/3/2025**
CANTIDAD	**CONCEPTO**			**VALOR**
	Honorarios Servicios prestados como Psicólogo para el proyecto modalidad hogares sustitutos contrato No. 15007952024, bajo contrato de prestación de servicios No. CID-PDS- 2025-055, Durante los dias del 1 al 31 de Mayo de 2025			**$ 3.700.000**

VALOR EN LETRAS: **TRES MILLONES SETECIENTOS MIL PESOS**	Subtotal	$ 3.700.000
	Rte Renta Artículo 383	$ 0
	Rete Fuente	$ 0
	Rete Ica	$ 0
	Descuentos CID	
	Total a Pagar	**$ 3.700.000**

	NOMBRE Bco.	**TIPO CUENTA**	**CUENTA No.**	**24057695602**
POR FAVOR	**Caja Social**	**AHORROS**		
	ACEPTO:	Katerine Cadena		

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO GENERAL

Bancoomeva

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	1051475084
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:			EDITH KATERINE CADENA CADENA FARIAS
CIUDAD/MUNICIPIO:	SOGAMOSO	DEPARTAMENTO:	BOYACA
DIRECCIÓN:	CRA 6A 2A 109 TORRE 11 AP 301	TELÉFONO:	7777777
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
FORMA DE PRESENTACIÓN:	SUCURSAL	SUCURSAL / DEPENDENCIA:	01 - NUEVO
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			NO

DATOS GENERALES DE LA PLANILLA

NÚMERO PLANILLA:		4599530251	TIPO DE PLANILLA:		I-INDEPENDIENTES
PERIODO COTIZACIÓN OTROS	MES	abril AÑO 2025	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	MES abril AÑO	2025
DÍAS DE MORA:		0			
FECHA PAGO (aaaa/mm/dd):		2025/05/12	NÚMERO AUTORIZACIÓN:		8992654008

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	$ 236.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 236.800	$ 0	$ 236.800
SUBTOTALES:										**$ 236.800**	**$ 0**	**$ 236.800**

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
EPS005	EPS005-SANITAS S.A.	1		$ 0		$ 0		$ 0	$ 185.000	$ 0	$ 0	$ 0	$ 185.000	$ 0	$ 0	$ 185.000
SUBTOTALES:													**$ 185.000**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 185.000**

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	
14-4	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	1		$ 0	$ 0		$ 0	$ 36.100	$ 36.100	$ 0	$ 0	$ 36.100	
SUBTOTALES:									**$ 36.100**	**$ 0**	**$ 0**	**$ 36.100**	

LIQUIDACIÓN DETALLADA APORTES

DATOS DEL COTIZANTE										NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																				PARAFISCALES						
																										PENSIÓN								SALUD						ARP													
																												FSP		APORTES VOLUNTARIOS																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	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	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 1051475084	CADENA FARIAS EDITH KATERINE	INDEPENDIENTE CONTRATO PRESTACIÓN DE SERVICIOS		$ 1.480.000				NO																	230301-PORVENIR	30	$ 1.480.000	$ 236.800	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 236.800	EPS005-SANITAS S.A.	30	$ 1.480.000	$ 185.000	$ 0	$ 185.000	14-4-SEGUROS DE VIDA COLPATRIA S.A.	30	$ 1.480.000	105147508	$ 36.100	$ 0		$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO: $ 457.900

Planilla Pagada

EFECTIVO LTDA
NIT: 830.131.993-1

ORDEN DE SERVICIO

N. OS: 9583796414 PV: 442418
Cliente: 11263 PIZA BECA000
Fecha: 12/05/2025 15:22:19
PAP: 916145
Identificacion: 1051475084
Nombre: EDITH KATERINE
Apellido 1: CADENA
Apellido 2: FARIAS
TIPO DOCUMENTO: CEDULA DE CIUDADANIA
TELEFONO: 3204537841
Codigo Planilla: 459953025
Periodo Pago: 202504
Valor Comision: 0
Valor Iva Comision: 0
Referencia: 1051475084Valor: $457.900,00

Aplica condiciones particulares con el cliente beneficiario
Conserve este recibo, es el unico soporte valido para atender cualquier reclamacion.
Para reclamaciones presente este recibo. Tel. (1) 6510101.
servicioalcliente@efecty.com.co.
www.efecty.com.co

OcciRed
Tenga una sucursal del Banco en su escritorio

WWW.BANCODEOCCIDENTE.COM.CO

Consulta y Anulación de Pagos y Débitos

Empresa: CORP.INFANCIA Y DESARROLLO
Tipo Identificación: NIT Persona Jurídica **No. Identificación:** 830082544
Generado por: MIGUEL ANGEL YAGAMA

A continuación el detalle de Resumen - Consultar

Tipo Archivo	Fecha Inicial	Fecha Final
Pagos a Terceros	2025/06/01	2025/06/11

Estado

Detalle

Beneficiario/Cliente a Debitar	Edith Katerine Cadena Farias	**No. Producto**	24057695602
No. Identificación	1051475084	**Entidad Financiera**	BANCO CAJA SOCIAL
Tipo Producto Origen	Cuenta Ahorros	**No. Comprobante**	777
No. Producto Origen/Recaudador	251841797	**Forma de pago**	
Fecha Pago/Débito	2025/06/04	**Aviso al beneficiario**	N
Fecha Transacción	2025/06/04	**Estado de Aviso**	
Valor Transacción	$3,700,000.00	**Fecha de Aviso**	
Comisión	0	**Medio Utilizado**	-
IVA	0	**No. Transacción**	251A32125155003N
Estado	EXT	**Información**	Honora Mayo 2025
Descripción de Estado	Exitoso	**Fecha Cobro**	2025/06/04
Causal de Rechazo	-	**No. Factura**	-
No. Control	ORD004MXRU	**Oficina Pago**	-
Tipo Producto Destino	Cuenta Ahorros	**Usuario Creador**	MIGUEL ANGEL YAGAMA VALENCIA

Corporación Infancia y Desarrollo

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO

NIT : 830082544- 7
CALLE 24D N 40-29
3176460751 - 3185863257

Documento Soporte en Adquisiciones efectuadas a no obligados a facturar

DSE - 25893

Señores	EDWIN JEOVANNY CUERVO CARO
NIT	1.049.627.036-6
Dirección	TORRES DE SION APTO 334
Teléfono	5202215
Ciudad	TUNJA - COLOMBIA

Factura Proveedor -0

Fecha Comprobante	Fecha Vencimiento
2025-05-31	2025-05-31

Código	Descripción	Unid	Cant	V. Unit	Valor Total
5110350102	EDWIN CUERVO-COORDINADOR GENERAL DE MODALIDAD MAY		0	.00	5,500,000.00

Total Bruto	5,500,000.00
Total a Pagar	**$ 5.500.000,00**

CONDICION DE PAGO

Cuenta Por Pagar 5.500.000,00 Cuota 2 P - 003- 25893 Vence el 2025-05-31

VALOR EN LETRAS

Cinco Millones Quinientos Mil Pesos Mcte....

OBSERVACIONES

Elaborado e Impreso por Siigo SAS

Elaborado por **Aprobado por** **Recibido por**

Este documento es un soporte en adquisición de bienes o servicios a sujetos no obligados a expedir facturas de venta. **Autorización de facturación No.** 18764076383205 **aprobado en** 2024-08-02 **vigente** 2 Años, **prefijo** DSE **desde el número** 15001 **al** 45000

CUDS :7f2c9160365a2e09ec9b3749c9df59b49a84ae5901ab64df8696df7b2dd120dfd8ece8395f2dc13b999abff4c8efe06b

CUENTA DE COBRO

CORPORACION INFANCIA Y DESARROLLO
NIT 830.082.544-7

PROYECTO

HOGARES SUSTITUTOS CONTRATO No 15007952024

D E B E A:

EDWIN JEOVANNY CUERVO CARO
NIT:
1049627036

La Suma de: **$ 5.500.000** **CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS**

Por concepto de

Servicios prestados como Coordinador general de modalidad Hogar sustituto contrato de aporte 15007952024, con contrato de prestación de servicios N° CID-PDS-2025-066, Durante el mes de Mayo de 2025

Fecha:	30/5/2025
Banco	BANCOLOMBIA
Tipo de	AHORROS
No cuenta	92394959407

Atentamente

EDWIN JEOVANNY CUERVO CARO
1049627036

Departamento	Boyacá
Direccion	Edificio El cid apto 607
E - mail	cl.edwin.unidos@gmail.com
Cel o Tel	3206673797

Manifiesto bajo juramento que SI ☐ NO ☑ utilizare costos y deducciones en mis ingresos por rentas de trabajo no laborales.